



Facultad de Psicología

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

*Título: Predictores de efecto de los Remedios Florales de Bach
sobre las ansias de comer y su supresión.*

Autora: Leticia Pastorrecio González.

Tutores: Lic. María Esther Hernández Martínez.

MSc. Boris Camilo Rodríguez Martín.

Santa Clara

2012

Exergo

“Si sueñas soles

Tu sombra aprende...”

Samuel Feijóo

Dedicatoria

Dedicatoria

A mis abuelos, mami y papi, quienes la vida me arrebató demasiado pronto para ver el fruto terminado, a ustedes que estarían los primeros acompañándome en este momento, orgullosos como siempre de su nieta querida, porque precisamente a ustedes debo todo lo que soy hoy, por colmar mi infancia con las mayores alegrías, por ser forjadores de mi carácter, por darme ese amor sin límites que sólo corresponde a los abuelos, y porque aún cuando no estén presentes físicamente, todavía me toman de la mano –como cuando era niña– siendo una guía segura en mi vida... Este triunfo es de ustedes.

Agradecimientos

Agradecimientos

A mi mamá, por permitirme este sueño, por todo el sacrificio y las noches de desvelo, pero sobre todas las cosas, por apoyarme siempre y ser fuerte cuando yo no lo soy tanto, por su infinito amor.

A mi tutor Boris Camilo, por su paciencia, su guía oportuna, por su confianza en mí para desarrollar esta investigación, y por sus conocimientos y su aporte, no sólo en el plano profesional, sino para la vida en general.

A mi tutora María Esther, por la cálida acogida amén de su carga de trabajo y personal.

A mis hermanos, por el cariño, por confiar en mí, y por todas las cosas que nos unen, que me enorgullecen tanto.

A mis amigos...en especial, a Tahimy, por ser la hermana que no tengo, por estar siempre, y por enseñarme el valor de la verdadera amistad.

Al grupo de los 8, por los momentos inolvidables que pasé junto a ustedes: las largas noches de estudio en el Rectorado, los paseos a Santa Clara, y tantos otros que han hecho de mis cinco años en la universidad una agradable aventura.

A Juan Carlos, por su especial amistad, su oportunidad, y su apoyo incondicional.

A Zeleidy, por su abrazo de oso cariñoso, su fe en mí, su fortaleza y su filosofía de la vida.

A Daineris, por su palabra urgente, y su hombro derecho, por su cultura y cariño.

A los amigos distantes, porque a pesar de los kilómetros que nos separan, sé que tengo su apoyo y pensamiento.

A todos mis colaboradores tecnológicos –que no son pocos–, sin ellos hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

A Bertica, por decir siempre la palabra justa que necesito escuchar, por la atención deferente.

A mis vecinos, por la preocupación y ocupación con la tesis, por sus palabras alentadoras, por el cariño que me demuestran.

En fin...a todas las personas que me tuvieron presente, que me incluyeron en sus oraciones, que se interesaron por mí a lo largo de todo este periodo y que de alguna manera fueron protagonistas de este logro.

A todos,

mi eterna gratitud.

Resumen

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general evaluar las variables predictoras del efecto los Remedios Florales de Bach (BFRs) sobre las ansias de comer y su supresión a los tres meses de tratamiento. Se utilizó el paradigma cuantitativo con un diseño ex post facto prospectivo de grupo único. El estudio que se expone surge de la evaluación de los predictores y su relación con los resultados obtenidos al tercer mes de tratamiento.

La muestra final quedó integrada por 108 individuos con una edad promedio de 40 años, en su mayor parte mujeres, con sobrepeso u obesos, y provenientes de las provincias Villa Clara, Camagüey y Sancti Spiritus. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: Entrevista estructurada; Test de Orientación Vital, Inventario de Sugestionabilidad, Cuestionario de Conexión Espiritual, Escala de Valores de Schwartz, Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida, el Peso y la Forma del Cuerpo y Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo.

Los principales resultados evidenciaron que los predictores más constantes del efecto de los BFRs fueron la interacción del número de frascos consumidos con el acatamiento del ritual (medidas de adherencia y acatamiento). Sin embargo el incremento sustancial de su efecto solo fue lo grado en la interacción con valores específicos: *autodirección* en el caso de la supresión de pensamientos relacionados con la imagen y el peso del cuerpo y *tradición* para explicar las variaciones de la preocupación por comer. La mayor parte de los participantes evaluaron el efecto del tratamiento como escaso.

Palabras clave: predictores, Remedios Florales de Bach (BFRs), ansias de comer, supresión, sobrepeso, obesidad.

Abstract

Abstract

The present investigation had as general objective to evaluate the predictor variables about the effect of the Bach Flowers Remedies (BFRs) against the eating behaviour and its suppression after three months of treatment. A quantitative paradigm was utilized with an ex pos facto prospective design for unique group. The exposed study came up from the evaluation of predictors and its relationship with the results obtained after three months treatment.

The final sample was integrated for 108 individuals with an age average of 40 years old, most of them females from Villa Clara, Camaguey and Sancti Spiritus provinces. The evaluation instruments used were: Structured Interview, Vital Bearing Test, Suggestibility inventory, Spiritual Connection Questionnaire, Schwartz Values Scale, Connor and Davidson Resiliency Scale, Suppression Inventory Thought related with foods, weigh, body form and Questionnaire About eagerly for eating as feature.

The main results showed that the most common predictors about the effect of BFR were: The interaction between the quantity of bottles consumed and the compliance of ritual (measures of adhesion and compliance). Although the main increase of its effect only was achieved among the interaction of specifics values: *Auto direction* in case of the suppression of thoughts related with the image and body weight and *Tradition* for explaining the variation of the worries for eating. The majority of the participating individuals evaluated the treatment effects as slender.

Key words: predictor, Bach Flowers Remedies (BFRs), eating behaviour, suppression, over-weight, obesity.

Índice

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco Referencial Teórico.....	7
1.1 La Obesidad. Consideraciones generales.....	7
1.1.1 Definición y determinación de la grasa corporal en sobrepesos u obesos. Principales causas de la obesidad.....	8
1.1.2 Principales enfoques del tratamiento de la enfermedad.....	9
1.2 Ansias de comer y pensamientos intrusos asociados a esa conducta.....	11
1.2.1 Definición y origen de las ansias de comer.....	11
1.2.2 Ansias de comer y su relación con las emociones.....	13
1.3 Estrategias utilizadas en la reducción de las ansias por comer.....	16
1.3.1 Supresión de pensamientos.....	17
1.3.2 Supresión de pensamientos intrusos asociados a la conducta de comer...	19
1.4 Intención de controlar las ansias de comer y los pensamientos relacionados con la comida.....	20
1.4.1 Intenciones y conducta de comer.....	22
1.5 Remedios Florales de Bach y Placebo en la Medicina Alternativa.....	23
1.6 Factores no específicos del comportamiento.....	25
1.6.1 Predictores disposicionales de las esencias florales.....	25
1.6.1.1 Optimismo.....	25
1.6.1.2 Expectativa.....	27
1.6.1.3 Sugestionabilidad.....	27
1.6.1.4 Valores.....	28
1.6.1.5 Espiritualidad.....	30
1.6.1.6 Resiliencia.....	31
Capítulo 2. Diseño Metodológico.....	33
2.1 Diseño metodológico.....	33
2.1.1 Tipo de investigación.....	33
2.1.2 Tipo de estudio.....	33
2.2 Descripción de la muestra.....	34

2.2.1 Panorámica general del estudio.....	35
2.3 Métodos.....	36
2.3.1 Métodos del nivel teórico.....	36
2.3.2 Métodos del nivel empírico.....	36
2.3.2.1 Descripción de las técnicas empleadas.....	36
2.4 Procedimiento.....	40
2.5 Operacionalización de las variables.....	40
2.6 Análisis estadístico.....	42
Capítulo 3. Análisis y Discusión de los Resultados.....	43
3.1 Características generales de la muestra asociadas al sobrepeso.....	43
3.2 Evaluación de los participantes del efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y los pensamientos intrusos asociados.....	44
3.3 Efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y la supresión de pensamientos relacionados con la comida.....	45
3.4 Correlaciones de los predictores de efecto de los BFRs y las variables modificadas por el tratamiento.....	46
3.5 Identificación de los predictores y su efecto.....	48
3.6 Análisis integrador.....	52
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	57
Referencias Bibliográficas.....
Anexos.....

Introducción

Introducción

Los Remedios Florales de Bach (BFRs) constituyen una modalidad de tratamiento que, desde su creación, ha ganado adeptos y detractores en todo el mundo, principalmente por el lenguaje místico utilizado por su creador (Monvoisin, 2005) y la ausencia de pruebas que demuestren efectos superiores al placebo (Ernst, 2010; Halberstein, Shirkin, & Ojeda-Vaz, 2010; Thaler, Kaminski, Chapman, & Gartlehner, 2009). Pese a esto, se ha ganado en experiencia y conocimiento con la inclusión de este recurso terapéutico en la práctica clínica, resultando enriquecedora su aplicación en este contexto terapéutico, tanto desde un punto de vista teórico como técnico.

De esta manera, se tienen datos que reportan a los BFRs como placebos “éticos” efectivos (Walach, Rilling, & Engelke, 2001), que han permitido llevar a cabo estudios a largo plazo en contextos clínicos reales (Hyland, Geraghty, Joy, & Turner, 2006; Hyland & Whalley, 2008; Hyland, Whalley, & Geraghty, 2007).

Al ser el placebo un recurso legítimo de intervención, una vez que se ha superado la limitación ética del engaño que implica su prescripción (Meissner, Kohls, & Colloca, 2011), ocupa a los investigadores el análisis de un grupo de factores relacionados con determinados rasgos individuales que pudieran predecir los resultados, es decir, la relación que se establece entre los distintos rasgos de personalidad y la efectividad de un tratamiento en particular (Hyland, 2011b).

Investigaciones recientes han señalado un mecanismo que parece ser el responsable del beneficio terapéutico a largo plazo en contextos clínicos y que pudiera explicar con mayor precisión la efectividad de algunos tratamientos en determinados individuos (Hyland, 2011a): la concordancia motivacional con la terapia que se lleva a cabo, de forma tal que una modalidad de terapia puede ser eficaz para un individuo si esta práctica se relaciona con sus valores o si fortalece determinadas creencias de gran carga motivacional.

En este sentido, la espiritualidad (Kohls, Sauer, Offenbacher, & Giordano, 2011) se ha mostrado como el predictor más consistente del efecto de los BFRs, el cual es independiente de las expectativas (Hyland, et al., 2006; Hyland, et al., 2007), pero interactúa con el afecto positivo (Maslow, 1970) y con el ritual terapéutico que se emplee (Hyland & Whalley, 2008).

Además, existen otros rasgos de la personalidad que pueden ser concordantes con la motivación de un individuo de seguir una determinada terapia, principalmente aquellos que se relacionan con el sistema de creencias y valores que lo definen (Schwartz, 2006; Whalley & Hyland, 2009), y que pueden explicar de alguna manera la respuesta que tienen estos sujetos a determinados tratamientos, tales como: la resiliencia (Davidson, Stein, Rothbaum, Pedersen, Szumski, & Baldwin, 2011), y la sugestionabilidad (González-Ordi & Miguel-Tobal, 1999).

En la actualidad, la obesidad constituye una de las enfermedades más preocupantes para la comunidad científica, debido a las gigantescas dimensiones que alcanza en la población a escala mundial (Hurt, Frazier, Kaplan, & McClave, 2011). Este es un padecimiento de etiología multicausal en el que influyen factores tanto de orden genético (Hurt et al., 2011), como psicológico (Hofmann, Koningsbruggen, Stroebe, Ramanathan, & Aarts, 2010; Kemps & Tiggemann 2010). Más alarmante aún resulta el hecho de que, pese a los disímiles tratamientos existentes para reducir sus efectos, la recidiva es alta y aún en aquellos casos en que la terapia resulta efectiva, los resultados a largo plazo suelen ser delusorios (Laddu, Down, Hingle, Thompson, & Going, 2011). Varias investigaciones que dan seguimiento a esta cuestión reportan 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 han retomado o excedido el peso inicial (Lillis, Hayes, & Levin, 2011).

Urge entonces, considerar la necesidad de desarrollar tratamientos psicológicos que permitan a los individuos con obesidad y sobrepeso, enfrentar una serie de problemas cognitivo-conductuales que tradicionalmente atentan contra toda intención de controlar las ansias por comer y los pensamientos intrusos asociados a

ellas (Soetens, Braet, & Moens, 2008). De esta forma, se entiende que ambos constituyen dos fuertes mecanismos que influyen directamente en la recaída, principalmente en el abandono de las dietas.

Las ansias de comer tienen un fuerte componente cognitivo (Kemps & Tiggemann, 2010), y resulta en uno de los factores que fundamentalmente contribuye al mantenimiento de la obesidad y el sobrepeso. Por su parte, en el núcleo de las ansias de comer se encuentran los pensamientos intrusos que van ganando elaboración hasta convertirse en una “exquisita tortura” (Kavanagh, Andrade, & May, 2005), y una de las estrategias más comunes que se utilizan para controlarlos es su supresión (Wegner, & Erskine, 2003). El principal problema de la supresión de pensamientos está en el rebote de los mismos (Wegner, 1997), del que se han observado evidencias experimentales con relación a la comida (Erskine, 2008).

Los BFRs han mostrado ser efectivos en el tratamiento de la supresión de pensamientos de forma general (Bernal-Díaz, Frías-Hernández, Mejías-Hernández, Rodríguez-Becerra, & Rodríguez-Martín, 2010) y se ha sugerido que su efecto puede ser explicado por su acción sobre los pensamientos intrusos (Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, en prensa). Necesaria resulta la evaluación de estos resultados en el área específica de los pensamientos relacionados con la comida y las ansias de comer, pero analizando la influencia de un grupo de factores no específicos que pudieran explicar porciones significativas del efecto de los BFRs. Por ello, considerando los temas de análisis propuestos, la investigación se plantea el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las variables predictoras del efecto los BFRs sobre las ansias de comer y su supresión en individuos con sobrepeso u obesos a los tres meses del tratamiento?

Para dar respuesta a esta interrogante se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Evaluar las variables predictoras del efecto los BFRs sobre las ansias de comer y su supresión en individuos con sobrepeso u obesos a los tres meses de tratamiento.

Objetivos específicos:

1. Describir el efecto de la intervención a través de la opinión de los participantes y la interacción de la medición de las variables dependientes.
2. Identificar la relación existente entre las variables predictoras y el resultado de los BFRs.
3. Determinar la influencia de dichas variables sobre el resultado.

Dado el notable desvelo que procura en los especialistas e investigadores el tema de la obesidad y el sobrepeso, se propone que emplear un esquema de tratamiento que cuenta con la inclusión y valoración de una serie de rasgos individuales (Rodríguez-Martín, 2009), amerita la atención de los profesionales de la Salud y de aquellos que les interese el bienestar del ser humano en general. Visto así, el estudio que se desarrolla constituye un modelo distinto para encauzar la selección de los tratamientos psicológicos, que permitirá redireccionar el accionar terapéutico adaptándolo al contexto en que se lleve a cabo el tratamiento (Jonas, 2011).

De una manera fragmentada, podemos decir que la investigación, desde el punto de vista teórico, contribuye con sus resultados a una mejor descripción y estimación del efecto de aquellos factores no específicos que permiten predecir el mejor escenario de actuación de los BFRs sobre las ansias de comer, los pensamientos intrusos y su supresión en individuos con sobrepeso u obesos. En cuanto a la metodología, se aborda el problema mediante el empleo de un estudio *ex pos facto*, con instrumentos de evaluación adaptados y validados para la presente investigación.

También es significativo destacar que este estudio no exige la utilización de muchos recursos para ser llevado a cabo, y que sus resultados pueden extenderse a otras poblaciones consideradas como riesgo, como por ejemplo: diabéticos, hipertensos u obesos con dificultades para seguir la dieta médica prescrita, fumadores en etapa de cesación para evitar recaídas, etc.

Teniendo en cuenta la estructura del informe, la memoria escrita de la investigación se subdivide en tres capítulos, además de las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. A continuación se describe brevemente la estructura de cada una de las partes de la investigación.

Capítulo 1. Se desarrolla el marco de referencia teórico de la investigación. Consta de seis epígrafes. El primero relacionado con el tema del sobrepeso y la obesidad, donde además de conceptualizar estos fenómenos, se analizan sus posibles causas y se identifican los principales enfoques de tratamiento, hasta ahora conocidos, para tratar los efectos de esta enfermedad. El segundo epígrafe hace énfasis en dos importantes factores psicológicos que tienen mucho que ver con el mantenimiento de la enfermedad: las ansias por comer y los pensamientos intrusos relacionados con la comida. En un tercer epígrafe se abordan las principales estrategias que tradicionalmente son utilizadas para lidiar con esta clase de problemas, especialmente la supresión de pensamientos, que despunta como una de las mayormente utilizadas. En el cuarto epígrafe se realiza una aproximación al tema de la intención de reducir las ansias por la comida y los pensamientos que se asocian a esta conducta. El quinto fundamenta la utilización del placebo como método terapéutico complementario de la práctica psicológica y el empleo de los BFRs como placebos efectivos. Y el sexto, define los llamados factores no específicos, y documenta la importancia de su evaluación en la acción terapéutica a través de diversos hallazgos realizados por distintas investigaciones que avalan su participación en la eficacia de algunos tratamientos; además se expone la teoría de la concordancia motivacional y su relación con estos factores no específicos.

Capítulo 2. Se describe el diseño metodológico de la investigación. En el capítulo se define el paradigma de investigación asumido, el tipo de estudio utilizado, el diseño de la investigación, así como las características y criterios de selección de la muestra. Se operacionalizan las variables, se describe el método, las técnicas y el procedimiento estadístico.

Capítulo 3. Empeñe la presentación y análisis de los resultados obtenidos en la investigación. De lo anterior se derivan las **conclusiones**: expuestas en función de dar respuesta a los objetivos trazados en la investigación. Por último, se ofrecen **recomendaciones**: propuestas para continuar la línea de investigación desarrollada, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el trabajo realizado.

Las **referencias bibliográficas**: abarcan todas las fuentes consultadas para la realización de la investigación. Y los **anexos**: muestran el protocolo de las técnicas utilizadas en el experimento.

Capítulo I

Capítulo 1. Marco Referencial Teórico

1.1 La Obesidad. Consideraciones generales.

El concepto de que la obesidad es un riesgo para la salud ha sido identificado desde los trabajos de Hipócrates, cuando enunció *en tu alimentación está tu curación*. Y hasta hoy se mantiene el criterio de que la obesidad es una de las enfermedades de mayor impacto a escala global (Hurt et al., 2011; Brochu, Gawronski, & Esses, 2011; Jones, Otten, Johnson, & Harvey-Berino, 2010).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la epidemia de la obesidad ha sufrido un aumento en el mundo entero en los últimos tiempos y en consecuencia los perjuicios asociados a esta tendencia también han ido en ascenso. Asimismo, Hurt et al., (2011), plantea que la obesidad y el sobrepeso son una de las diez principales causas de la mortalidad global. En la mayoría de los países del Norte, Centro, Sudamérica, Europa, y Oriente Medio existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad de más del 40% de la población.

De ahí que se patentice la intrínseca relación que une a la obesidad y el sobrepeso con un gran número de patologías clínicas y condiciones comórbidas, que conducen a una mayor morbilidad y mortalidad, como principal causa de las mismas. Entre estas enfermedades podemos citar: enfermedades isquémicas del corazón y vasculares, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades renales y hepáticas, hiperlipidemia, entre muchas otras; las cuales se deben a la interacción entre factores ambientales, del desarrollo, comportamentales y genéticos. A partir de ello, se puede afirmar que existe una relación global entre el IMC y el exceso de mortalidad. Las desviaciones de IMC por encima o por debajo de los límites normales, se asocian con un aumento de la mortalidad, más evidente en las personas con un IMC de 30 kg/m² (Sintes, 2008).

Por otra parte, debe considerarse el malestar psicológico que sufren las personas que padecen de obesidad, el cual es producido fundamentalmente por los estigmas sociales asociados a este padecimiento (Wott & Carels, 2010; Brochu et al., 2011).

En consecuencia, obesos y sobrepesos experimentan discriminación dentro de casi todos los dominios de la vida, incluyendo el empleo, la educación y los servicios de salud (Brochu et al., 2011). Refiere también este autor que la expresión manifiesta de actitudes negativas hacia los obesos y sobrepesos incide directamente en la producción de un fuerte malestar psicológico en los sujetos afectados.

1.1.1 Definición y determinación de la grasa corporal en sobrepesos u obesos. Principales causas de la obesidad.

Se define a la obesidad por un exceso de almacenamiento de la grasa corporal en el organismo y se ejemplifica por el rango de fisiología y distribución variable del tejido adiposo y la ingesta calórica. Según Sintés (2008), la obesidad consiste en una elevación anormal del porcentaje de grasa corporal que puede ser generalizada o localizada. Asimismo, el sobrepeso es considerado como el aumento de peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla.

Por su parte, la Organización Mundial de Salud (OMS) utiliza la siguiente clasificación para definir estos términos:

Bajo peso IMC < 18.49 kg/m².

Peso normal IMC = 18.5–24.9 kg/m².

Sobrepeso IMC = 25–29.9 kg/m².

Obesidad clase I IMC = 30–34.9 kg/m².

Obesidad clase II IMC = 35–39.9 kg/m².

Obesidad clase III IMC > 40 kg/m².

Una explicación actualizada más completa de la obesidad (Hurt et al., 2011), resume que en esta patología se implican tanto factores medioambientales como genéticos, los cuales están en estrecho vínculo y determinan en buena medida el comportamiento de los individuos. Así, los problemas asociados a la conducta están relacionados con antojos, comer compulsivamente, y a patrones adictivos de la conducta alimentaria; los factores genéticos, con la distribución de determinadas sustancias en el organismo humano que predicen, en alguna medida, el padecimiento de la enfermedad; y los factores medioambientales, ligados a cambios

en el mundo moderno que se traducen en la formación y desarrollo de un ambiente obesogénico, el cual repercute en una mayor probabilidad de que más personas en el mundo, hoy día, sean obesas o tengan sobrepeso. La naturaleza heterogénea de la enfermedad trae como consecuencia que el desarrollo de estrategias para su tratamiento sea muy difícil.

1.1.2 Principales enfoques del tratamiento de la enfermedad.

Actualmente existen una variedad de opciones de tratamiento para la disminución del peso corporal, que incluyen programas de dieta, terapia médica nutricional, actividad física, terapias cognitivo-conductuales, farmacoterapia, cirugía bariátrica, o una combinación de estos (Laddu, Dow, Hengle, Thomson, & Going, 2011); lo que se debe, en buena medida, a que la obesidad es altamente resistente a los diversos tratamientos existentes.

Laddu et al., (2011), realiza una revisión de las estrategias para tratar la obesidad en adultos, demostrando que la restricción calórica combinada con el ejercicio físico, o sola, para crear un déficit de energía, es la premisa fundamental de la mayoría de los programas para perder peso. Otra observación realizada por este autor, apunta que la pérdida de peso depende más de la restricción de la ingesta total de energía que de la modificación de la distribución de macronutrientes de los alimentos (Laddu et al., 2011).

Numerosa es la evidencia que apunta que la actividad física debe combinarse con la restricción de energía de los alimentos para alcanzar un óptimo resultado en esta área. Para ello se recomiendan niveles moderados o vigorosos de actividad física (≥ 30 min/día) durante toda la semana (Schoeller, Shay, & Kushner, 1997).

Por otra parte, la terapia conductual, ha sido ampliamente utilizada para contribuir a la modificación de conductas que dificultan la pérdida de peso (Sarwer, von Sydow Green, Vetter, & Wadden, 2009; Acharya, Elci, & Sereika, 2009). Las investigaciones sugieren que se logran reducciones de 7-10% del IMC en más de seis meses de tratamiento (Jeffery, Levy, & Langer, 2009).

En Laddu et al., (2011) se resumen los resultados de las intervenciones cognitivo-conductuales en función de la reducción de peso, los cuales por lo general, indican una pérdida significativa de peso durante la terapia. La eficacia de este enfoque se basa en la concepción de que los pensamientos controlan los sentimientos y conductas de los individuos (Cooper, Doll, & Howker, 2011), por lo que si se manejan los pensamientos, se pueden redirigir hacia la modificación de determinadas conductas que contribuyen al sobrepeso y la obesidad, con resultados sostenidos durante más de 18 meses después de culminada la intervención (Jeffery et al., 2009).

La entrevista motivacional es otra estrategia psicológica frecuentemente utilizada en el contexto clínico (Laddu et al., 2011). A través de ella el asesor promueve el cambio, evalúa la motivación del paciente y se convierte en un sostén para él durante todo el proceso. Un análisis realizado al respecto demostró que los pacientes cuyos médicos usaron la entrevista motivacional resultaron mucho más motivados por perder peso (Jay, Gillespie, Schlair, Sherman, & Kalet, 2010). Otro estudio demostró que los pacientes cuyos médicos usaron la entrevista motivacional perdieron 1, 6 Kg más que aquellos cuyos doctores no la usaron (Pollak, Alexander, & Coffman, 2010).

Por otra parte, existen programas que se basan en la modificación en los estilos de vida (MEV) y en los cambios hacia una mejor calidad de vida en individuos obesos y sobrepesos. Una MEV basada en un balanceo y restricción de la ingesta calórica, un incremento de la actividad física y en un soporte psicológico, contribuye sobremanera a mejorar la calidad de vida de pacientes obesos y sobrepesos, entendiéndose dentro de calidad de vida a aquellas conductas alimentarias saludables y comportamientos que contribuyen al mantenimiento de la salud (Arrebola, et al., 2011).

Otras estrategias han sido empleadas en el tratamiento de la obesidad (Laddu et al., 2011), tales como el uso de medicamentos (reducciones del 5-10% con mejoras sobre la salud que no se mantienen a largo plazo), cirugía (reducciones

considerables del 35-40% con resultados a largo plazo, pero con repercusiones nocivas sobre la salud) y suplementos dietéticos. La mayoría de estos últimos no han probado su efectividad y se ha observado que generan un sentido de invulnerabilidad que resulta contraproducente para las metas de restricción de calorías establecidas en las dietas (Chiou, Yang, & Wang, en prensa).

1.2 Ansias de comer y pensamientos intrusos asociados a esa conducta.

Congruente con el análisis anterior, muchos individuos sienten un deseo desmedido por comer y elaboran una serie de intrusiones relacionadas con la comida, que contribuyen a llevarlos a la acción (Kavanagh, et al., 2005). Ello atenta contra toda intención de la persona de regular dichas ansias y así lograr bajar de peso. Estos procesos tienen en su base una elaboración cognitiva muy fuerte, además de implicaciones emocionales con similar peso, que resultan en patrones de comportamiento inadecuados y perjudiciales para sobrepesos y obesos.

1.2.1 Definición y origen de las ansias de comer.

Según Kemps & Tiggemann, (2010), las ansias de comer describen con periodicidad un estado de fuerte carga motivacional en el cual el individuo se ve forzado a la búsqueda e ingestión de una sustancia particular. Este estado ha venido a asociarse recientemente con la comida pues en un inicio solo era atribuido al consumo de drogas y estupefacientes.

Desde la psicología cognitiva los anhelos de comida son una experiencia común y se definen por un deseo o necesidad intensos de comer un alimento específico, por ejemplo: el ansia por una barra de chocolate y no por la comida en general. Este deseo debe distinguirse del hambre común, como necesidad fisiológica primaria, ya que frecuentemente aparece en la persona en ausencia de ese estado (Kemps & Tiggemann, 2010).

Los anhelos por comer pueden plantear riesgos significativos para la salud a algunas personas. Se ha demostrado que, particularmente, esta disposición puede disparar episodios de atracones, que a su vez, contribuyen a la obesidad y otros trastornos alimenticios, sobre todo la bulimia nerviosa. También puede conducir a

afectaciones psicológicas tales como: sentimientos de culpa y vergüenza, seguidas por el consumo no deseado.

El comer en exceso o atracón constituye una de las barreras más reconocidas para la adherencia al tratamiento y la pérdida de peso sostenida; y puede verse como una forma extrema de comer de manera desinhibida o comer en respuesta a estados emocionales como ansiedad, depresión, o aburrimiento (Lillis et al., 2011). Por su parte, Hilbert & Tuschen-Caffier, (2007), señalan que a menudo el atracón trae como consecuencia pensamientos y sentimientos más negativos luego del acto; y así comienza un ciclo de comportamientos de riesgo para la salud de los individuos que asumen ese patrón de comportamiento. Dicho de esta manera, se destaca que el comer en demasía interfiere con el control correcto del peso (Elfhag, & Rossner, 2005; Kalarchian et al., 2002; Sherwood, Jeffery, & Wing, 1999).

Un análisis fenomenológico del deseo de comer y sus repercusiones, argumenta que en la base de la ocurrencia del mismo, está la tendencia natural de comer y el anhelo por causas emocionales y ambientales (por ejemplo, los sentimientos de aburrimiento o depresión, y la vista u olor de la comida) (Hill, 2007). Posteriormente, son considerados los recursos cognitivos como un componente esencial de las ansias por comer.

Kemps & Tiggemann, (2010), defienden que los recursos cognitivos como la memoria, la imaginación y el pensamiento, juegan un papel fundamental en las ansias de comer, tanto que basan muchas de sus propuestas para la reducción de las ansias por la comida en este supuesto. Según estos autores, la naturaleza de los deseos de comer se debe fundamentalmente a las imágenes mentales, que constituyen el componente clave de la ansiedad por la comida.

Algunos estudios realizados al respecto concuerdan que cuando las personas tienen muchos deseos de comer algo en particular, experimentan imágenes muy vívidas en su conciencia, de la sustancia deseada, comúnmente conocidas como “las imágenes del deseo” (May, Andrade, Panabokke, & Kavanagh, 2004; Green, Rogers, & Elliman, 2000; Harvey, Kemps & Tiggemann, 2005). Además de la

imaginación, otro de los procesos cognitivos tenidos en cuenta en el análisis del fenómeno estudiado es la memoria. Según Kemps, Tiggemann, & Grigg (2008), cuando se crean los eventos de ansias de comer se reduce la capacidad de la memoria de trabajo.

Los pensamientos intrusivos relacionados con la comida constituyen otra parte integrante de la experiencia de las ansias de comer (Kavanagh, et al., 2005). Un análisis realizado por los autores acerca de la repercusión de los procesos cognitivos antes referidos, refleja que el deseo propone imágenes sensoriales que resultan de la elaboración de pensamientos intrusos sobre el objetivo, que está en el corazón de la experiencia de las ansias de comer.

1.2.2 Ansias de comer y su relación con las emociones.

La literatura sobre el comer por razones emocionales, sugiere que para algunas personas las emociones negativas son una razón para el consumo de alimentos (Conner, Fitter, & Fletcher, 1999; Dubé, Lebel, & Lu, 2005). Por su parte Evers, Stok, & de Ridder, (2010), manejan que las estrategias de regulación emocional que las personas utilizan para hacer frente a las emociones, son las responsables del aumento del consumo de comida, no tanto así las emociones propiamente dichas, de manera que las personas que utilizan la supresión como estrategia para no comer, tienden a asumir un conducta de comer por razones emocionales mayor que las que emplean otro tipo de estrategia.

Otros estudios sugieren que las personas ajustan sus patrones de alimentación a su percepción de la situación social en la que se come (Herman & Polivy, 2005). Una investigación realizada por Jackson, Cooper, Mintz, & Albino, (2003), informa que los individuos se basan en cuatro diferentes tipos de motivaciones para comer, incluso para hacer frente a afectos negativos, estas incluyen: ser social, cumpliendo con los demás, expectativas, y por placer.

Por lo general, cuando las personas se enfrentan a emociones negativas es frecuente observar una conducta respondiente caracterizada por la desinhibición alimentaria (Conner, et al., 1999; Dubé, et al., 2005). Estos autores concuerdan que

uno de los mayores obstáculos que enfrentan a diario los que llevan la ardua tarea de controlar las ansias de comer y los pensamientos asociados a estas, son los estados negativos que pueden en un momento determinado de la vida, afectar la rutina habitual de las personas. Lo que nos lleva a considerar las emociones como un interruptor de las ansias de comer.

El mecanismo por el cual se produce esta inhibición está dado por la reflexión cognitiva que hacen los sujetos de dichas emociones, que hace que el objetivo de esfuerzo de controlar los deseos por comer patinen ante la influencia de estados negativos no deseados como por ejemplo angustia, temor, tristeza. Esto se explica porque la persona da prioridad a la restauración del estado de ánimo sobre otros objetivos y por lo tanto es más susceptible de involucrarse en conductas que ofrezcan consuelo a corto plazo (por ejemplo, el consumo de alimentos ricos en calorías como el chocolate) (Conner, et al., 1999; Dubé, et al., 2005).

Sin embargo, Wing, Blair, Epstein, & McDermott (1990) plantean que la tendencia a comer demasiado en respuesta a emociones negativas debe analizarse desde un punto de vista biológico, producto a que estas emociones sitúan al organismo en un estado corporal similar a la saciedad (Schachter, Goldman, & Gordon, 1968), porque al aumentar la actividad emocional autónoma, se origina la liberación de hormonas que inhiben el apetito y una serie de cambios gástricos que están relacionados con la saciedad (Blair, Wing, & Wald, 1991).

Otra postura es asumida por Ekman, (1992); y Levenson, (1994), quienes defienden que las ansias de comer deben ser explicadas desde un nivel funcional. Según estos autores, las emociones preparan al organismo para una serie de operaciones, lo cual ocurre como respuesta a las exigencias del medio y, por tanto, comer interfiere en estas demandas que las emociones imponen a los individuos.

Este fenómeno, además, es explicado desde la Psicología propiamente dicha, que intenta aclarar la ocurrencia del comer desmedido analizando los procesos psicológicos que subyacen a esta conducta. Entre las teorías más populares se encuentran la de que la conducta en sí forma parte de la huída de la conciencia

negativa de sí mismo (Heatherton & Baumeister, 1991). La atención es enfocada en el ambiente inmediato y ubicada fuera de los niveles significativos de cognición, lo que permite al sujeto evitar ocuparse de la información amenazante. Tal estrechamiento de atención, sin embargo, trae también como resultado desinhibición, creando una situación donde los individuos son propensos a involucrarse en episodios de atracones. Otra teoría frecuentemente propuesta es la de que comer aumenta la experimentación de emociones positivas. Los individuos buscan el placer en el consumo de comidas por sus cualidades (el sabor, el olor; Lehman & Rodin, 1989) o por la alegría de comer sustancias prohibidas (Fairburn & Cooper, 1982). Esto vendría a explicar que las ansias de comer no se tratan de conductas respondientes al hambre si no a comidas específicas. Un tercer modelo, la teoría del enmascaramiento, defiende que los atracones se producen en un intento por mal atribuir el estrés percibido, a comer, con el fin de distraer la atención de la fuente originaria de malestar. (Herman & Polivy, 1988).

No obstante, el comer emocional afecta, no sólo los hábitos alimenticios, sino el adecuado funcionamiento afectivo; producto a que se debe más que a la experiencia emocional en sí, a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos para regular estos estados negativos (Evers et al., 2010). Esta estrategia desadaptativa conlleva, posteriormente, a nuevas vivencias negativas: sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima, y menos satisfacción y bienestar general.

Otros autores, sin embargo, son del criterio de que el problema no está asociado necesariamente a la experiencia de emociones negativas si no que, más bien tiene que ver con la ausencia de mecanismos adaptativos de regulación emocional, que contribuyen a exacerbar la conducta de comer exageradamente (Evers et al., 2010). Los resultados de sus investigaciones proponen que las diferencias individuales en la elección de estrategias de regulación emocional predijeron la presencia de desinhibición de la conducta de comer ante emociones negativas, donde los individuos con estrategias menos adaptativas fueron quienes más comida tomaron ante situaciones de gran carga emocional.

El análisis anterior demuestra que los esfuerzos deberán dirigirse no tanto al control de las emociones negativas que pueden experimentar las personas en algún momento de su vida, sino a encontrar terapias alternativas adecuadas para el tratamiento de las ansias de comer, que den al traste con las estrategias desadaptativas habitualmente utilizadas de regulación emocional.

1.3 Estrategias utilizadas en la reducción de las ansias por comer.

Hasta hoy, numerosos estudios han dirigido su atención a las estrategias más comúnmente utilizadas por los individuos en un desesperado intento por desechar de la mente los pensamientos intrusos y las ansias de comer que estos provocan. En su mayoría, estos han mostrado que estrategias de reducción como la supresión de pensamientos (hacer un intento para no pensar en la comida que es objeto central del deseo); la respuesta de exposición a la comida; o la prevención (presentar a un individuo con lo deseado ardientemente pero no permitiéndole comerlo), no han tenido mucho éxito.

Varias estrategias alternativas han surgido con el esfuerzo de los investigadores por darle pronta solución al control de los deseos de comer, sin mucho éxito en su empeño (Luciano, 2007). Una de ellas es la estrategia cognitiva basada en la formación de una serie de imágenes visuales u olfatorias y la sujeción de estas en la mente del sujeto, sin embargo, este es un procedimiento elaborado y muy exigente; por lo que tiene pocas probabilidades de resultar práctico en la reducción de los deseos de comer.

Versland & Rosenberg, (2007), emplean tareas más simples, que requieren relativamente de poco esfuerzo. Ello incluyó la adopción de un paradigma visual simple derivado de los estudios experimentales de desorden post traumático de tensión nerviosa, acogiendo un patrón meramente oscilante de puntos negros y blancos de manera aleatoria, con un ruido visual dinámico (parecido a nieve) en la pantalla de la televisión, el cual puede exitosamente reducir la vivacidad y el impacto emocional consiguiente de imágenes inquietantes relacionadas con la comida en

particular, mas, pese a su éxito inmediato, no se alcanzaron resultados mantenidos a largo plazo.

Por otra parte, si bien las experiencias emocionales negativas están estrechamente relacionadas con las ansias de comer, pueden igualmente abrir las puertas a los pensamientos intrusos, sobre todo en personas con sobrepeso u obesas, pudiendo propiciar además la ocurrencia de episodios de atracones.

1.3.1 Supresión de pensamientos.

Otra estrategia para hacer frente a las vivencias no deseadas, como los pensamientos intrusivos, y quizás la más común, es tratar de alterar la experiencia, ya sea por la vía de la evitación o activamente, suprimiendo los pensamientos (Hayes, et al., 2004). Entonces, queda claro que la supresión de pensamiento constituye un mecanismo frecuente utilizado por las personas con sobrepeso u obesas para hacer frente a las ansias de comer, considerando la poderosa carga cognitiva que caracteriza a este fenómeno.

Refiere Luciano, (2007) que la supresión es *un mecanismo psicológico mediante el cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas tanto de origen interno como externo, tratando de evitar intencionalmente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar*. De manera que se está en presencia de un mecanismo que cumple con la función de desechar de la mente, de forma voluntaria y consciente, todos aquellos contenidos mentales (pensamientos, imágenes, ideas) que resultan desagradables e inoportunos para el sujeto.

Un meta-análisis llevado a cabo por Abramowitz, Tolin, & Street (2001), proporcionó apoyo empírico al efecto rebote, el cual varía su magnitud en función de varios aspectos: las características del pensamiento diana (mayor rebote con estímulos de carácter no discreto) y del método de medición de la frecuencia de las intrusiones del pensamiento (mayor rebote con medidas encubiertas; por ejemplo, cuando el sujeto en lugar de expresar verbalmente la presencia del pensamiento, simplemente tiene que pulsar una tecla o hacer una marca en un papel). Además,

cuando se analizó el efecto de la relevancia personal y la valencia emocional de los estímulos diana empleados, se comprobó que no existían diferencias en el rebote en función de si el material empleado tenía valencia positiva, negativa o neutra, y tampoco se encontraron diferencias significativas en función de si el estímulo tenía o no relevancia personal para el individuo.

Otros investigadores se han dedicado a teorizar acerca de las consecuencias de la supresión de pensamientos, más allá de las ya mencionadas. Se tienen entonces resultados que avalan que las personas que asumen la supresión como estrategia más viable para enfrentarse a pensamientos no deseados o desagradables, experimentan otras consecuencias negativas tales como: aumento de la sensibilidad (Cioffi & Holloway, 1993), la respuesta disminuida del sistema inmunológico (Petrie, Both, & Pennebaker, 1998), y la reducción de la percepción de control (Wegner & Erskine, 2003), entre otros.

Si bien el efecto rebote de la supresión de los pensamientos desagradables está ampliamente documentado, es mucho menos conocido el efecto en el comportamiento del rebote de los pensamientos intrusos una vez que estos han sido suprimidos (Denzler, Forster, Liberman, & Rozenman, 2010). En este sentido se analiza que el individuo, en el proceso de suprimir la conducta no deseada, en muchas ocasiones se enfrenta a estímulos atractivos que desvían su atención del logro de las metas propuestas. Este mecanismo de suprimir las respuestas de comportamiento es muy difícil cuando las acciones pertinentes se han realizado con frecuencia en el mismo contexto, con condiciones favorables para la formación de hábitos, y han adquirido así características de automatización, de manera que se produce un efecto contrario al deseado, asumiendo con mayor constancia dicho comportamiento. De manera que se concluye que la supresión de pensamientos no sólo conduce a un rebote cognitivo sino también a un rebote comportamental (Denzler et al., 2010).

1.3.2 Supresión de pensamientos intrusos asociados a la conducta de comer.

Se ha reconocido que estar a dieta se vincula estrechamente a la intrusión de pensamientos no deseados, y, en consecuencia, conlleva a una alimentación incrementada (Weingarten & Elston, 1991; Harnden, McNally, & Jimerson, 1997). Las personas que se someten a un régimen de dieta experimentan con mayor frecuencia pensamientos intrusos relacionados con el peso y la forma del cuerpo que las que no lo están, por lo que no extraña a los investigadores que, como consecuencia de su intento por suprimirlos, estas personas vivencien un retorno de estos pensamientos (Soetens, Braet, Dejonckheere, & Roets, 2006).

En un intento por explicar este fenómeno Jones & Rogers, (2003), en un estudio realizado en una población no clínica, demostraron que los recursos cognitivos necesarios para llevar a cabo la tarea de supresión son escasos, producto de la excesiva preocupación que experimentan estos individuos por controlar los pensamientos relacionados con la comida, lo cual lleva a un incremento en el número y frecuencia de estos pensamientos.

A su vez, Mann & Ward, (2001), encontraron que las ansias de comer y los pensamientos relacionados con comidas de los participantes de su estudio aumentaban cuando se les había pedido que lo evitasen.

Otros autores se agencian descubrimientos que sugieren que los comedores refrenados requieren una aptitud cognitiva completa para controlar su ingestión de comida, y cuando estos recursos están deteriorados son más propensos a comer demasiado (Boon, Stroebe, Schut, & Ijntema, 2002). Al respecto Brewin & Beaton, (2002); Brewin & Smart, (2005), defienden la idea de que la habilidad para suprimir o controlar estos pensamientos puede estar disminuida cuando la memoria de funcionamiento se encuentra comprometida, y las investigaciones al respecto sugieren que las personas que están a dieta tienen deteriorada la aptitud de memoria en funciones (Kemps, Tiggemann, & Marshall, 2005).

Además, se encontraron efectos de tipo comportamental en un estudio realizado por Johnston, Bulik & Anstiss, (1999), en el que a un grupo de personas que presentaban frecuentes e intensas ansias de ingerir chocolate se les incitó a suprimir los pensamientos relacionados con ese deseo, dando como resultado un mayor esfuerzo en un juego posterior donde los puntos acumulados daba la oportunidad de obtener chocolates.

Todas estas investigaciones nos demuestran que la supresión de pensamientos, vista como la estrategia de regulación cognitiva más comúnmente utilizada por las personas que desean desechar de su mente pensamientos intrusos, en especial los relacionados con la comida, lejos de ser efectiva para el control mental y conductual, produce un efecto contrario a lo esperado, sobre todo en personas que hacen dieta. Esto conduce a pensar que tiene que existir un fuerte propósito por parte de los individuos con sobrepeso u obesos, para alcanzar la meta de controlar el peso corporal. Un primer paso en este sentido, es considerar que si bien la supresión de pensamientos no deseados resulta en un mecanismo consciente y voluntario, tener la intención de lograr un control del peso y desarrollar acciones que se correspondan con esta meta también lo es. De esta manera, se considera la intención como otra de las disímiles formas utilizadas por los individuos para eliminar pensamientos y conductas no deseadas, que además constituye un elemento esencial en la autorregulación.

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

Por lo general, la mayoría de las personas que tienen sobrepeso o son obesas tienen la intención de eliminar o al menos reducir las conductas no saludables que los llevan al mantenimiento o incremento de su peso. No obstante, resulta una tarea ardua, sobre todo considerando que estas personas se ven asediadas por diferentes estímulos atractivos (comidas apetecibles, por ejemplo el chocolate) que dan al traste con toda intención. Este proceso requiere la utilización de gran cantidad de

recursos cognitivos y de la regulación consciente volitiva de la persona para dar cumplimiento a su objetivo final, que es el de perder peso.

La intención es una categoría psicológica que juega un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y la regulación de la conducta humana. Es definida por Rhodes, Courneya, & Jones, (2003), como el determinante más próximo a la realidad de la realización de un comportamiento.

Según Ajzen, (1991), una intención refleja un plan consciente para adoptar un comportamiento, y también refiere la motivación de un individuo para participar de ese comportamiento (Rhodes, et al., 2003). El mecanismo por el cual las intenciones de realizar un determinado comportamiento pudieran predecir este, lo aportan Sheeran & Orbell, (1999), quienes argumentan que las intenciones tienen en su base dos construcciones fundamentales: las actitudes y las normas subjetivas. Las actitudes se refieren a la evaluación general de las personas de la realización de la conducta (es buena o mala). Por su parte las normas subjetivas se refieren a la percepción de la gente de la presión social para llevar a cabo el comportamiento (“la mayoría de las personas que son importantes para mí piensan...”).

Sin embargo, la estabilidad de las intenciones está sujeta a diversos factores tanto personales como ambientales que la dejan en entredicho. La intención de realizar una conducta requiere de gran cantidad de recursos cognitivos, en tanto su efectividad fluctúa en dependencia de la motivación y las emociones que dirijan la conducta del individuo. Según Sutton, (1998), aunque la intención siempre es el predictor proximal del comportamiento, el cambio a través del tiempo en las personas ocurre como consecuencia de la fluctuación de la motivación que guía su actividad.

Visto así, puede decirse que tienen un efecto moderado en el comportamiento futuro. Existen evidencias de que la intención no basta para explicar la conducta y no siempre es un factor confiable para predecirla. Sheeran & Abraham, (2003), afirman que: *aunque las intenciones son buenas predictoras de la conducta, a menudo hay una brecha importante entre las intenciones de las personas y su comportamiento*

posterior. Es precisamente por su gran variabilidad, que este recurso no constituye en sí mismo un tratamiento efectivo en el control de las ansias por la comida y los pensamientos intrusos asociados a esta conducta.

1.4.1 Intenciones y conducta de comer.

Hasta ahora, varios estudios sobre las intenciones de implementación y la conducta alimentaria se han realizado, sin embargo, sólo dos de ellos estaban preocupados por cambiar las actuales pautas de consumo de alimentos (Armitage, 2007; Verplanken & Faes, 1999). Una investigación realizada por estos autores mostró que los participantes que habían aplicado las intenciones de implementación, comían más sano que los participantes en la condición de control que no habían hecho tales planes. Sin embargo, aunque este estudio aportó resultados prometedores, no proporciona una clara evidencia de que los participantes realmente hubieron reemplazado alimentos poco saludables con alimentos saludables.

En otro orden de análisis, es importante destacar que la implementación de comportamientos que impliquen un cambio en el estilo de vida asumido por la persona, como por ejemplo el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, o comer poco saludable, puede ser mucho más complicada de realizar, ya que requiere la supresión de una respuesta no deseada (por ejemplo, dejar de fumar) y a veces incluso la sustitución de una respuesta no deseada con otra deseada (por ejemplo, comer una manzana en lugar de una barra de chocolate) (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Varios autores han sugerido que cuando se trata de alterar los patrones de comportamiento existentes, la aplicación de las intenciones podría ser utilizada para establecer un vínculo entre el comportamiento nuevo y deseado y la señal fundamental que previamente haya desencadenado la habitual respuesta no deseada (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer y Sheeran, 2006; Holland, Aarts, & Langendam, 2006). Siguiendo esta línea de razonamiento, la aplicación de

intenciones puede no sólo iniciar una nueva respuesta, sino también reemplazar viejas respuestas habituales.

De manera que "las intenciones de implementación que especifican el estímulo crítico y se vinculan a una respuesta en consonancia con el nuevo objetivo, bloquean el inicio automático de la habitual respuesta que no se desea "(Gollwitzer, 1999). Así, cuando la señal fundamental se encuentra, tanto en la respuesta pretérita habitual como en la respuesta deseada, se activarán los mecanismos cognitivos implicados en el proceso de toma de decisiones que competirán para la iniciación de la acción. Y dado que la señal de acción que se forma por la intención de implementación es más reciente que el habitual patrón de respuesta si-entonces, se supone que las acciones deseadas en la intención de aplicación tengan una buena oportunidad de anular el patrón habitual de respuesta (Holland et al., 2006). Pero, aunque estos resultados son prometedores, no queda del todo explícito si el enfoque presentado también se puede aplicar a las conductas más complejas, como la alimentación saludable, ya que no parece estar directamente relacionado a las señales específicas de la situación, tales como los tiempos o lugares (De Graaf, 2006), y se producen por una variedad de razones.

De manera que no basta con tener la intención de no pensar en la comida para lograr mantener la mente alejada de ella. Como ya se ha analizado, es bien difícil para las personas mantener la atención lejos de los estímulos tentadores a los que se enfrentan en su vida cotidiana. Se ha demostrado que la preexposición a comidas tentadoras incrementa las ansias de comer e inhiben las metas autorreguladoras a largo plazo, además del hecho de que suprimir o negar el deseo de comer incrementa la probabilidad que el acto ocurra.

1.5 Remedios Florales de Bach y Placebo en la Medicina Alternativa.

En la actualidad existe un aumento del uso de la Medicina Alternativa para el tratamiento de numerosas enfermedades y/o dolencias. Varias son las investigaciones que se han realizado al respecto y del por qué de su uso, debido a la

gran cantidad de personas que utilizan esta modalidad de tratamiento (Wheeler & Hyland, 2008).

Esto ha provocado diferencias de criterios entre profesionales de la salud sobre la utilidad de su uso, la evaluación de riesgos y beneficios, y su inclusión, principalmente los de Medicina y Psicología, como práctica científica. Dentro de este campo de la medicina se incluyen los Remedios Florales de Bach (BFRs), que desde su surgimiento hasta nuestros días, han encontrado tanto fervientes defensores como implacables detractores.

Más, atendiendo a los datos de los que se tiene prueba científica, se defiende la idea de que el mecanismo de acción y los efectos de las esencias florales no son diferentes del placebo (Hyland, et al., 2006). Si bien el criterio general es que no son mejores que un placebo (Ernst 2010; Thaler, et al., 2009), han sido considerados placebos efectivos (Walach, et al.,).

Por su parte, la práctica clínica ha ido acumulando evidencia que apunta hacia un incremento significativo del efecto placebo, de manera que los BFRs pueden ser entendidos como placebos éticos que han permitido llevar a cabo estudios a largo plazo en contextos clínicos reales (Hyland et al., 2006; Hyland, et al., 2007). El efecto placebo, más allá de las expectativas de respuestas, pueden tener lugar debido a la concordancia motivacional (Hyland, 2011) que se establezca con el ritual terapéutico elegido (Kaptchuk, 2011).

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

Además los BFRs, se usan con el objetivo de provocar transformaciones profundas en el paciente, que eliminen las causas que lo llevan a enfermar, para lo cual es de suma utilidad considerar que el método terapéutico utilizado debe estar

acorde con el paciente (Hyland & Whalley, 2008). El SDTB puede ser considerado como un ritual de crecimiento personal dirigido a modificar los estilos de vida desadaptativos que se encuentran en la base de las enfermedades (Rodríguez, 2009).

1.6 Factores no específicos del comportamiento.

Dado el efecto modesto de algunas modalidades terapéuticas, algunos investigadores han estudiado la utilidad de evaluar los predictores adicionales del comportamiento. En este sentido Cronbach, (1953), destaca la idea de que en psicoterapia no sólo es importante observar la efectividad del tratamiento, sino además, analizar para quién está dirigido y si resulta eficaz en el individuo. Lo anterior se basa en la observación de que los pacientes no son uniformes y tienen modos diferentes de responder a los tratamientos (Whalley & Hyland, 2009).

Precisamente, es con los trabajos de Hyland y colaboradores (Hyland & Whalley, 2008; Hyland & Whalley, 2009; Hyland, Wheeler, Kamble, & Masters, 2010) que se inicia el camino para tratar de explicar la manera en que los factores no específicos influyen el resultado que se obtiene en algunas terapias, proponiendo la teoría de la concordancia motivacional.

1.6.1 Predictores del efecto de los BFRs.

Por su papel determinante en el comportamiento, este estudio incluye la valoración de algunos factores no específicos, tales como: optimismo, expectativa, sugestionabilidad, valores, espiritualidad y resiliencia.

1.6.1.1 Optimismo.

En la Psicología existen varias formas de entender al optimismo, mas los investigadores se inclinan por la Teoría del Optimismo Disposicional de Scheier y Carver, (1985, 1987). Esta teoría utiliza como supuesto básico que el optimismo es una variable de personalidad y por lo tanto sería una disposición que se asocia a las expectativas positivas generales de la vida (Gillham, Shatté, Reivich, & Seligman, 2001). De manera que definen el optimismo disposicional como una expectativa o

creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas (Otero, Luengo, Romero, Gómez, & Castro, 1998; Scheier & Carver, 1985, 1987).

El optimismo ha sido ampliamente estudiado por algunos autores, sobre todo en su relación con el pronóstico y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas (Davidson & Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble, & Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996; Friedman, Weinberg, Webb, Cooper, & Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik, & Karesen, 2004; Carver, et al., 1993; Chang, 1998; y Chang et al, 1997). Estos autores obtienen como resultado que el optimismo disposicional, está asociado con un mejor estado de salud física, producto a que los pacientes que adoptaron este estilo explicativo, asumieron estrategias de afrontamiento más o menos adaptativas. Otros muchos estudios indican un efecto favorable del optimismo sobre el afrontamiento conductual, resultando significativo este constructo para afrontar con mayor posibilidad de éxito las situaciones estresantes (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986; Scheier & Carver, 1993; Taylor, et al., 1992). De ahí que puede concluirse que el optimismo como rasgo disposicional está fuertemente relacionado tanto con el resultado eficaz de determinados tratamientos, como con la puesta en marcha de factores salutogénicos en los individuos portadores de dicho rasgo.

Sin embargo, otros autores son del criterio de que el efecto atribuido al optimismo disposicional suele verse solapado en su relación con otras variables como el neuroticismo (Boland & Cappeliez, 1997; Smith, Pope, Rhodwalt, & Poulton, 1989) y la afectividad negativa (Hotard, MacFatter, McWhirter, & Stergall, 1989; Meyer & Shack, 1989). De manera que la acción mediadora del optimismo respecto a las estrategias de afrontamiento asumidas por un individuo no siempre es la esperada, lo que trae como consecuencia que la predictibilidad de esta variable con relación a la conducta del sujeto sea susceptible de sufrir cambios y, por tanto, se generen dudas en cuanto a su valor predictivo en las investigaciones que incluyen al optimismo como una variable predictora de los resultados.

1.6.1.2 Expectativa.

La expectativa es valorada en la literatura como un importante predictor del comportamiento (Kirsch, 1999; Hyland, 2011). La teoría de la expectativa de respuesta destaca como un importante mecanismo que explica la asunción de conductas promotoras de salud, sin que medie ninguna otra variable psicológica (Hyland & Whalley, 2008). Algunas investigaciones avalan la anterior afirmación, cuando señalan que este factor juega un papel decisivo en la percepción de los beneficios no específicos o considerados placebo que trae asumir una determinada conducta (Crum & Langer, 2007; Pretty, Peacock, Sellens, & Griffin, 2005), debido a la mediación que ejerce el conocimiento de las expectativas positivas por parte del sujeto (Kirsch, 1999).

Por otra parte, la expectativa de respuesta se ajusta a datos obtenidos en estudios de laboratorio análogos con terapias placebo, que demuestran su papel determinante en el cumplimiento de metas a corto plazo (Hyland, 2011). De manera que continúa siendo un talón de Aquiles el encontrar terapias con resultados mantenidos en el tiempo. De todo esto se deriva que la expectativa tiene un efecto más directo e inmediato sobre la conducta; lo cual es indicador de un comportamiento menos adherente.

1.6.1.3 Sugestionabilidad.

Prácticamente la mayoría de los padres de la Psicología han prestado atención, de una forma u otra, a la sugestión y otras áreas relacionadas (Bernheim, 1886; James, 1890; Wundt, 1892; Binet, 1900; McDougall, 1926; Hull, 1933). Sin embargo, resulta una de las áreas de estudio más controversiales que existen, ya que a menudo, términos como sugestión, persuasión, obediencia, imitación, influencia social o hipnosis, se entremezclan y confunden, de ahí que no resulte fácil dar una definición válida de la sugestionabilidad, o de la capacidad para ser sugestionado.

Pese a esto, algunos autores se han propuesto encontrar si no una clara definición del término, al menos los componentes esenciales que vendrían a constituir el concepto de sugestionabilidad (Gonzalez-Ordi & Miguel-Tobal, 1999), los

cuales sería interesante analizar a la luz de los postulados que están en la base de la concordancia motivacional. Estos son el fantaseo: tendencia del sujeto para evadir la realidad, factor que revela la capacidad del individuo para fantasear acerca de las cosas o soñar despierto; la absorción: capacidad del sujeto para focalizar su atención en imágenes y sensaciones propias o experimentar con presteza sensaciones a través de la imaginación; implicación emocional: capacidad para implicarse emocional y activamente en el contenido del mensaje estímulo; e influenciabilidad: explora el grado en que un individuo permite que los demás influyan en sus actitudes pensamientos y estado de ánimo.

De manera que el constructo sugestionabilidad puede entenderse como característica de la personalidad, referida tanto a la experiencia hipnótica como, y especialmente, a las experiencias de la vida cotidiana. Gonzalez-Ordi & Miguel-Tobal, (1999), apuntan que la sugestionabilidad se constituye en un constructo psicológico de carácter multidimensional, relativamente estable en el tiempo y con una aceptable consistencia interna.

Se destaca particularmente el rasgo de absorción, el cual se incluye como uno de los factores que afectan el uso de la medicina alternativa complementaria (CAM) (Furnham, 2003; O'Callaghan & Jordan, 2003; Owen, Taylor, & Degood, 1999; Wild, Kuiken, & Schopflocher, 1995). Según estos autores, esto puede explicarse porque la absorción se relaciona con el rasgo de apertura, que también predice el uso de la CAM (Honda & Jacobson, 2005). Los individuos usan este tipo de terapia ya que proporciona la oportunidad de la absorción de la experiencia, "se sienten bien" y no deben preocuparse por la falta de apoyo de una terapia médica convencional.

Sin embargo, sería interesante evaluar la actuación de los otros componentes en el tratamiento con los BFRs, siendo esta una modalidad de medicina complementaria, para determinar su efecto en el comportamiento del individuo.

1.6.1.4 Valores.

Numerosos autores han hablado de estructuras de valores individuales y culturales, llegando a la conclusión de que son estructuras motivacionales que

constituyen conceptos o categorías sobre estados deseables de existencia; trascienden situaciones específicas; asumen diferentes grados de importancia; guían la selección o evaluación de conductas y eventos; y representan cognitivamente las necesidades humanas (Hitlin & Piliavin, 2004; Inglehart, 1977; Rokeach, 1973; Schwartz & Bilsky, 1987). Sin embargo, la definición de los valores se presenta en términos funcionales, es decir, estos comprenden criterios de orientación que guían la conducta de las personas y expresan cognitivamente sus necesidades (Gouveia, Milfont, Fischer, & Santos, 2008).

No obstante, en este estudio, se tiene en cuenta la clasificación corriente de los valores de Schwartz, (1992), representada por diez tipos de orientaciones motivacionales y propone un modelo en el cual los define como metas deseables, transituacionales y variables en su grado de importancia, que orientan la vida y las conductas de los individuos. En un estudio desarrollado en más de 40 países, Schwartz, (2001), encontró que había diez valores que subyacían a todas las culturas estudiadas. Los valores propuestos por el autor son:

1. *Poder*: referido al interés por lograr poder social, autoridad, riqueza.
2. *Logro*: referido a la búsqueda del éxito personal, mediante competencias socialmente aceptables.
3. *Hedonismo*: búsqueda de placer y gratificación.
4. *Estimulación*: búsqueda de la novedad y los desafíos.
5. *Autodirección*: referido al interés por pensar creativamente y tener libertad de acción.
6. *Universalidad*: tolerancia, justicia social y la protección del medio ambiente.
7. *Benevolencia*: preservar e intensificar el bienestar ajeno, la honestidad y la ausencia de rencor.
8. *Tradicición*: interesan el respeto y el compromiso con las costumbres, la cultura y la religión.
9. *Conformidad*: se valoran las normas sociales y se evitan los comportamientos que puedan herir o molestar a los demás, se respeta a los mayores.

10. *Seguridad*: seguridad, armonía y estabilidad social y personal.

Teniendo en cuenta estos criterios y basándose en la teoría de la concordancia motivacional y en el modelo contextual de psicoterapia, Whalley & Hyland, (2009), hipotetizaron que los valores se relacionan directamente con la percepción de la eficacia de las terapias.

1.6.1.5 Espiritualidad.

Hasta hace muy poco tiempo, la espiritualidad no era reconocida como un componente esencial en la vida del ser humano, menos su significativa influencia en la conducta y salud. Recientemente, el tema ha cobrado interés por parte de la psicología y se han realizado diversos estudios orientados a su relación con la salud y el bienestar (Hill & Pargament, 2003; Pargament, 1997).

Las definiciones de la espiritualidad incluyen a menudo un sentido de trascendencia, más allá de sus circunstancias inmediatas y otras dimensiones como propósito y significado en la vida, confianza en recursos internos y un sentido de la integración o de conexión dentro de la persona (Pargament, 1997; Hill & Pargament, 2003; Millar & Thoresen, 2003). Popularmente, la espiritualidad es entendida como aquello que trasciende ordinariamente de los límites físicos del tiempo y espacio, materia y energía. El concepto en sí mismo es multidimensional y difícil de delimitar, por lo tanto, no es sorprendente que la espiritualidad, como término, elude una definición operacional.

Los investigadores están de acuerdo entonces con el criterio de que la espiritualidad se refiere a la capacidad de actuar en congruencia con una convicción que es trascendental. Constituye un sistema de creencias que pueden ser persuasivas y estables, que definen las actividades y son una fuente de consuelo o bienestar para las personas (Martínez, 2007).

Respecto a su vínculo con la salud, Millar & Thoresen, (2003), encontraron que la espiritualidad está claramente garantizando la salud y es clínicamente relevante, debido a la influencia que ejerce frente a enfermedades y otros eventos estresantes de la vida. Al respecto, existen varias explicaciones de por qué la espiritualidad

puede estar relacionada con la salud, una de ellas es que puede estar vinculada a un mecanismo del efecto placebo. En este orden investigativo, que incluye la descripción de las respuestas no específicas a las terapias de autoayuda, basándose en la concordancia motivacional como uno de los mecanismos más relevantes para el trabajo con el paciente, varios estudios encontraron que si una terapia de autoayuda era interpretada como motivante para el individuo, y consecuentemente se relacionaba con características de disposición propias (la espiritualidad y la gratitud), tenía mayores probabilidades de ser efectiva, es decir, que la espiritualidad y la gratitud pueden predecir mejores resultados terapéuticos y, por consiguiente, pueden elevar el nivel predictivo del comportamiento del sujeto (Hyland et al., 2006, 2007).

Sin embargo, no se tiene claro si la espiritualidad predice el cambio de manera natural o por la actuación del placebo, por tanto crea dudas en cuanto a su determinación en la conducta del individuo (Kohls, et al., 2011).

1.6.1.6 Resiliencia.

Históricamente, la psicología clínica ha desarrollado más estudios de los conceptos de patología, enfermedad y problema (Rutter, 1985). Aunque se destaca recientemente, un interés de los investigadores por descubrir el por qué algunas personas, expuestas a los mismos factores de riesgo, no desarrollan una patología y otras sí.

La resiliencia como concepto surge para intentar describir la actuación de estos mecanismos. Sin embargo, no existe un consenso sobre su definición ya que son muchos los autores que incorporan el concepto en sus trabajos.

Fraser, Richman, & Galinsky, (1999), desde la psicología Social, han sugerido que la resiliencia implica (1) *sobreponerse a las dificultades o adaptarse con éxito a pesar de estar expuestos a situaciones de alto riesgo;* (2) *recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos de la vida.*

Connor & Davidson, (2003), respaldan esta idea al definir a la resiliencia como la capacidad para prosperar haciendo frente a la adversidad y salir fortalecido de los

contratiempos vitales. Sin embargo, la resiliencia tiene que entenderse como un proceso.

En la práctica, los estudios sobre resiliencia están dirigidos fundamentalmente, a determinar su relación con la salud y algunos fenómenos sociales, principalmente los asociados a traumas. En este sentido, Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier, & Williamson, (1996), plantean que los comportamientos resilientes, entre otras variables incluidas en su estudio, inciden directamente en la disminución de la mortalidad de los pacientes enfermos de cáncer, debido a su actuación, de forma subyacente, en la disminución de los síntomas de la enfermedad. Por otra parte, Carmardese et al., (2007), encontraron que la resiliencia está asociada con la probabilidad de alcanzar la remisión en pacientes con desorden depresivo principal.

Ante estos resultados Davidson et al., (2011), se propusieron evaluar la resiliencia como predictor de la respuesta en pacientes con desorden postraumático ante una terapia considerada placebo. El estudio fue efectuado a doble-ciego-placebo. La resiliencia predijo la respuesta positiva al tratamiento para la población global, y la remisión de los síntomas. Estos resultados sugieren que la resiliencia es un importante factor no específico a la hora de explicar la eficacia de un tratamiento.

Capítulo II

Capítulo 2. Diseño Metodológico

2.1 Diseño metodológico.

2.1.1 Tipo de investigación.

Siendo consecuente con los objetivos trazados, la presente investigación, se basa en los supuestos teóricos de la Metodología Cuantitativa. Este enfoque ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. También, brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

La utilización de este enfoque permitió caracterizar los predictores del efecto de los BFRs en individuos que presentaban ansias de comer o con sobrepeso u obesos. Se pretendió definir un grupo de variables y medirlas de forma efectiva, llegando a un conocimiento general del tema, a través de la interpretación estadística de los datos obtenidos, donde se asumirá, por parte del investigador, una postura imparcial.

2.1.2 Tipo de estudio.

Siguiendo los preceptos de la metodología cuantitativa se realizó un estudio correlacional y para ello se consideraron los supuestos de Hernández et al., (2006), al plantear que “un estudio correlacional tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (p.105).

Este tipo de estudio mide las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos, y después analiza cuán fuerte es esta correlación. Precisamente, lo que procura la investigación es determinar la correlación existente entre las variables predictoras del efecto de los BFRs y el resultado de la intervención aplicada. A diferencia del diseño experimental, no se propone evaluar la efectividad neta de una intervención específica; sino el rol

desempeñado por un grupo de variables que se suponen asociadas a la variable independiente y que permiten explicar una porción significativa de su efecto.

El estudio que se propone puede considerarse como un diseño ex post facto prospectivo de grupo único (Montero & Leon, 2007). En el mismo “lo que vamos a hacer es medir a muchos sujetos de forma tal que todos los valores posibles de las variables independientes estén bien representados en la muestra. Después analizaremos las diversas correlaciones de las series de puntuaciones de las diferentes variables independientes con la serie de puntuaciones obtenidas en la dependiente” (León & Montero, 2011). A estas variables independientes sobre las que el investigador no realiza manipulación alguna se les suele denominar predictores.

2.2 Descripción de la muestra.

Se presentaron un total de 120 participantes que cumplieron los criterios de inclusión y manifestaron su compromiso de participar en el experimento firmando un consentimiento informado (Anexo 1). Al concluir el tercer mes, 12 fueron excluidos por no presentarse a la reevaluación. La muestra final quedó conformada por 108 individuos, con una edad promedio de 39.51 años (DE=12.49). Las características sociodemográficas de la muestra se observan en la Tabla 1.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:

- ❖ Todas aquellas personas que desearan controlar sus ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.

- ❖ Edad entre 18 y 60 años.

- ❖ Ofrecer consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- ❖ Presencia de trastornos de la alimentación diagnosticado u otras alteraciones psicopatológicas de nivel psicótico y/o neurótico.

- ❖ Deseo manifiesto de abandonar el estudio.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra.

Variable	Clase	f	%	Variable	Clase	f	%
Provincia	Villa Clara	59	54.6	Escolaridad	Secundaria	11	10.2
	Camagüey	32	29.6		Media	53	49.1
	S. Spíritus	17	15.7		Superior	44	40.7
Raza	Blancos	88	81.5	Enfermedad	No clínicos	71	65.7
	Negros	8	7.4		HTA	6	5.6
	Mulatos	12	11.1		Asma	6	5.6
Estado Civil	Solteros	31	28.7		DM	18	16.7
	Casados	66	66.1		Otras	7	6.5
	Divorciados	8	7.4	Género	Femenino	93	86.1
	Viudos	3	2.8		Masculino	15	13.9

Leyenda: f = frecuencia.

2.2.1 Panorámica general del estudio.

La muestra se obtuvo de un estudio aleatorizado a doble-ciego-placebo para probar el efecto de los BFRs sobre las ansias de comer y su supresión, realizado en tres provincias: Villa Clara (Santo Domingo y Manicaragüa), Sancti Spíritus (Fomento) y Camagüey (Camagüey y Vertientes). Se realizó una convocatoria de potenciales participantes a través de los medios informales de comunicación, previa coordinación con el Grupo Básico de Trabajo. Los sujetos fueron numerados del 1 al 3 para su asignación a los diferentes grupos. El estudio que se expone en la presente investigación surge de la evaluación de los predictores (variables independientes no manipuladas) del efecto de los BFRs y su relación con los resultados obtenidos al tercer mes de tratamiento en el grupo.

2.3 Métodos.

2.3.1 Métodos del nivel teórico.

Los métodos utilizados fueron seleccionados, elaborados y aplicados sobre la base de las exigencias del enfoque materialista dialéctico.

Analítico-Sintético: es fundamental en el proceso de análisis de los presupuestos teóricos relacionados con los predictores del efecto de las esencias florales, el efecto placebo, la obesidad y el sobrepeso, permite además la búsqueda de argumentos y llegar a lo concreto del mismo, desde la fundamentación teórica hasta el análisis de las manifestaciones que se plantean en el trabajo.

Inductivo-Deductivo: resulta de gran valor para el procesamiento de la información empírica obtenida durante la etapa exploratoria y de análisis. Posibilita además, la determinación de inferencias y generalizaciones.

Lógico-Histórico: se empleó atendiendo a un análisis que posibilitó la aproximación al referente teórico del tema, así como analizar diferentes criterios relacionados.

2.3.2 Métodos del nivel empírico.

2.3.2.1 Descripción de las técnicas empleadas.

1) Entrevista Estructurada.

1.1) Inicial. (Anexo 2).

Se realizó con el objetivo de conocer algunos datos generales de los sujetos, así como caracterizar los mecanismos de control del peso ejecutados por los participantes, que son de gran valor para la investigación tales como: la realización de ejercicios físicos, dieta e ingestión de fármacos, que contribuyen, en última instancia, a una mayor validez de los resultados. En este tipo de entrevista las preguntas y sus secuencias son uniformes, es decir, las preguntas se hacen con las mismas palabras y en el mismo orden a cada uno de los entrevistados. (Ibarra-Martín et al., 2006).

Está conformada por un total de 4 preguntas donde se abordan aspectos tales como: si realiza dieta actualmente; los métodos utilizados para perder peso; el

motivo que más contribuye a que se gane peso (facilitadores); y la práctica sistemática de ejercicios (Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, 2012).

1.2) De seguimiento. (Anexo 3).

Entrevista estructurada dirigida a determinar la efectividad del tratamiento en los participantes. Contiene 5 preguntas que abordan el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida, la contribución del tratamiento a este propósito, así como la adherencia y la motivación con respecto al mismo.

2) Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida (FTSu). (Anexo 4).

Esta técnica fue creada como una variante del Inventario de Supresión de Pensamientos del Oso Blanco (WBSI, de Wegner & Zanakos, 1994), con el tema de la comida como eje central de la evaluación (Barnes, Fisak, & Tantleff-Dunn, 2009; Barnes & White, 2010). Su objetivo es medir la tendencia de los individuos para evitar los pensamientos relacionados con la comida. El inventario consta de 15 ítems y para su ejecución los participantes responden a preguntas como “Hay comidas sobre las que intento no pensar”, en una escala de Likert que se extiende desde 1= fuertemente en desacuerdo hasta 5= fuertemente de acuerdo. El análisis factorial de esta medida es consistente con el test original sobre la base del cual fueron elaborados (Peterson, 2008).

3) Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BW/SThSI). (Anexo 5).

Constituye otra variante del WBSI diseñado para medir la tendencia que tienen las personas de suprimir pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo. (Peterson, 2008). Su estructura es idéntica a la expuesta para el instrumento precedente.

4) Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo (FCQ-T). (Anexo 6).

El cuestionario fue desarrollado con el objetivo de medir las ansias de comer como un rasgo psicológico. Consta de 39 ítems, donde los participantes deben responder a la pregunta de “¿con cuánta frecuencia esta afirmación es cierta para

mí?” utilizando una escala general de 6 puntos que abarca desde 1= “nunca o no es aplicable” hasta 6= “siempre”. (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez & Benito-Cepeda, 2008). Para la evaluación de las ansias como rasgo se presenta una división en nueve factores, cinco de los cuales se refieren a los deseos por la comida, que miden: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, desencadenantes, sensación de hambre, preocupación por la comida, intenciones de comer, pérdida de control, afecto negativo y sentimientos de culpa. Esta escala mide la intensidad con la que se producen estos rasgos en el individuo.

5) Test de Orientación Vital – Revisado (LOT-R). (Anexo 7).

El test fue desarrollado por Scheier & Carver, (1985). La versión inicial fue revisada en 1994, dando lugar al LOT-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994), que es la versión que consideraremos aquí. El LOT-R consta de 9 ítems en escala Likert de 5 puntos. 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional, en tanto que los otros 3 ítems son «de relleno». La calificación se realiza invirtiendo los ítems inversos y se realiza la sumatoria total, tras la cual se asume que a mayor puntuación mayor optimismo disposicional.

6) Inventario de Sugestionabilidad (Su). (Anexo 8).

El Inventario de Sugestionabilidad en su versión original (González-Ordi & Miguel-Tobal, 1999) está constituido por 22 ítems de corrección directa con un formato de respuesta escalar, tipo Likert, donde los sujetos deben responder a la frecuencia con que dichas reacciones aparecen en su vida cotidiana, siguiendo los siguientes criterios: "0"= casi nunca, "1"=pocas veces, "2"= unas veces sí otras veces no, "3"= muchas veces, y "4"= casi siempre. Se utilizó en el estudio una versión abreviada del original (en proceso de validación) que está compuesto por 10 ítems de mayor ajuste factorial a los cuatro factores originales: fantaseo, implicación emocional, absorción e influenciabilidad. La calificación se realiza atendiendo a la división factorial y la sumatoria total. Mayores puntuaciones indican mayor sugestionabilidad o carga sobre el factor específico.

7) Cuestionario de Conexión Espiritual (SCQ-14). (Anexo 9).

El Cuestionario de Conexión Espiritual es una evaluación mediante un autoinforme de espiritualidad, que no incluye explícitamente los ítems religiosos, se desarrolló en el Reino Unido y se cuenta como una escala unidimensional (Wheeler y Hyland, 2008). Este cuestionario contiene siete ítems positivos y siete ítems negativos sobre la experiencia espiritual, y la conexión espiritual con el universo y otras personas. Se otorgan puntuaciones que responden a una escala likert que va desde -3= “No me describe” hasta 3= “me describe”. A los ítems negativos (pares) se les aplica una calificación inversa y luego se realiza una sumatoria total. Mayores puntuaciones indican mayor presencia de espiritualidad.

8) Escala de Valores de Schwartz (SVS-R). (Anexo 10).

Esta escala fue elaborada por Schwartz, (1994), y contiene 57 ítems en su versión original. En este estudio se utilizó la versión abreviada de 10 ítems (Linderman & Verkasalo, 2005), donde los encuestados evalúan la importancia de cada valor como un principio orientador en su vida. El individuo debe decir hasta qué punto esos valores tienen importancia para él, teniendo en cuenta la escala que se le ofrece, donde: -1 = opuesto a mis principios; 0-2=no es importante; 3-5= importante; 6= muy importante; y 7= importancia suprema. Se toma la puntuación individual contenida para cada valor.

9) Escala de Resiliencia de Davidson & Connor (CD-RISC). (Anexo 11).

La escala de resiliencia de Davidson & Connor es un instrumento de probada validez y fiabilidad elaborado para medir la resiliencia. Está compuesto por 25 ítems, cada uno de los cuales tiene una estructura de respuesta en una escala de cinco puntos (0= “En absoluto”, 1= “Rara vez”, 2= “A veces”, 3= “A menudo” y 4= “Casi siempre”). Tiene una estructura penta factorial: persistencia-tenacidad-autoeficacia; control cognitivo y emocional bajo presión; adaptabilidad y capacidad de recuperación; significado-control y, por último, significado. La sumatoria total de todos los factores indica la puntuación para la resiliencia. A mayor puntuación mayor resiliencia y carga sobre los factores asociados.

2.4 Procedimiento.

A todos los participantes se les indicó una fórmula compuesta según los siguientes criterios (Orozco, 2010):

- Agrimony: se recomienda cuando existen conductas generadas por ansias (fumar, beber, comer, etc.).
- Cherry Plum: recomendada en caso de descontrol, mayormente provocado por un exceso de control consciente o vigilancia, que termina quebrándose.
- White Chestnut: utilizada para pensamientos intrusos indeseados de los que el individuo pretende librarse inútilmente.
- Crab Apple: se utilizó para tratar distorsiones en la imagen corporal.
- Walnut: potenciador del cambio, permite afianzar las decisiones tomadas, minimizando el efecto de las interferencias de otras personas o ambientes sobre el individuo.

Se orientó ingerir la fórmula seis veces por día a intervalos regulares mientras la persona estuviera en estado de vigilia. No debiendo interrumpir los horarios de sueño. El tratamiento debía realizarse durante tres meses.

Se realizó una evaluación inicial o de línea base (LB) antes del inicio de la intervención, donde se midieron los predictores y las variables dependientes. Al tercer mes se controló el efecto del tratamiento mediante la entrevista a los participantes y se repitieron las medidas sobre las variables dependientes.

2.5 Operacionalización de las variables.

La operacionalización de las variables del estudio se muestra en la Tabla 2. En la misma se conceptualizan, se ilustra la prueba que la evalúa, así como el nivel de medición en que es evaluada.

Tabla 2. Definición operacional de variables.

Variabes	Instrumentos	Medida
Optimismo: El optimismo designa un estado de espíritu del ser humano que percibe el mundo de una manera positiva.	LOT- R	Escala
Sugestionabilidad: tendencia a dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que ocurren o podrían ocurrir, capacidad para focalizar la atención y abstraerse con los pensamientos o sensaciones e implicarse emocionalmente en experiencias cotidianas.	Su	Escala
Espiritualidad: creencias firmes en una realidad, más allá de su comprensión, que aportan sentido a la existencia.	SCQ-14	Escala
Valores: conceptos socialmente deseables que representan metas mentalmente y el vocabulario los expresa en la interacción social.	SVS-R	Escala
Expectativas: Creencia de que un determinado comportamiento irá seguido de determinadas consecuencias.	Entrevista	.Escala
Resiliencia: describe la habilidad de crecer ante la adversidad o de dejar atrás desafíos o retrocesos,	CD-RISC	Escala
Ansias de Comer: estado motivacional que promueve la búsqueda de sustancias y la consiguiente realización de conductas de ingesta o consumo de esas sustancias	FCQ-T	Escala
Supresión de pensamientos relacionados con la comida: mecanismo mediante el cual el individuo evita intencionadamente pensar en la comida.	FTSu	Escala
Supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo: mecanismo mediante el cual el individuo evita intencionadamente pensar en su peso o la forma de su cuerpo.	BW/SThSI	Escala

2.6 Análisis estadístico.

El procesamiento estadístico de los datos fue ejecutado mediante el paquete SPSS versión 18.0, mediante correlaciones bivariadas y regresiones múltiples. Los valores de $P < .05$ fueron considerados como estadísticamente significativos para todas las comparaciones. Los tamaños de efecto de las asociaciones fueron establecidos atendiendo a los valores de R mayores que .1, .2 y .5, se interpretaron como efecto *pequeño*, *mediano*, y *grande*, respectivamente; y de igual forma se procedió con R^2 para los valores superiores a .01, .09 y .25 (Sink & Mvududu, 2010). Solamente se introdujeron en el modelo de regresión aquellos indicadores con valores de $R > .2$, o sea, con un tamaño de efecto de asociación *mediano*. También es necesario aclarar que cuando los predictores con contribuciones significativas a la ecuación eran varios, se tomó el valor de R^2 corregida, mientras que cuando era solamente uno se tomó el valor de R^2 .

Para la realización de las correlaciones cada variable dependiente fue transformada al resultado de su interacción. La interacción consiste en la resta del valor inicial de cada variable evaluada, al valor final de la misma, y queda expresada de la siguiente manera: $Interacción = M3meses - MLB$. Los valores negativos se interpretan como tendencia a la reducción de las puntuaciones, los valores positivos como una tendencia al aumento y los de cero se interpretan como mantenimiento del valor inicial. También se utilizaron tablas de contingencia y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2).

Capítulo III

Capítulo 3. Análisis de los resultados

3.1 Características generales de la muestra asociadas al sobrepeso.

Primeramente, en la Tabla 3 se analizan los resultados obtenidos en la LB. Como puede observarse, casi el 90% de la muestra se agrupó entre individuos con sobrepeso (57%) y obesos (31%). Las posibles explicaciones de que el IMC se encontrara en estos niveles pueden deberse al predominio de un estilo de vida sedentario (<25% practica ejercicios regularmente), y a que la mayoría (56%) reportó realizar un consumo frecuente de alimentos fuera de los horarios habituales establecidos (“picotear”). Además, casi la totalidad no se encontraba realizando dieta alguna (94%) y confían la regulación del IMC a la restricción calórica situacional, o sea, comer menos comida (51%).

Tabla 3. Comportamiento de las variables relacionadas con el control del peso.

Variable	Clase	f	%	Variable	Clase	f	%
Dieta Actual	Sí	6	5.6	IMC	Normopeso	13	12
	No	102	94.4		Sobrepeso	62	57.4
Método Utilizado	Ninguno	13	12		Obesos	33	30.6
	-Comida	55	50.9	Conductas	Comer +	27	25.1
	+Ejercicios	23	21.13		“Picotear”	60	56.1
	Otros	3	2.8		Otras	20	18.7
	Combinados	14	13	Práctica de ejercicios	Sí	26	24.1
			No		82	75.9	

Legenda: f = frecuencia; % = por ciento; **IMC** = Índice de Masa Corporal.

3.2 Evaluación de los participantes del efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y los pensamientos intrusos asociados.

Un análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) reveló que, entre la asignación de la responsabilidad al tratamiento y la mejoría percibida tanto para el control de los pensamientos intrusos relacionados con la comida, como para las ansias de comer, existen diferencias.

Como se observa en la Tabla 4, aún cuando la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra reportaron el poco aporte que les proporcionó la terapia, las diferencias significativas constituyeron un indicador de que cuando el aporte percibido fue “poco” las personas tendieron a reportar las tres clases de efectos; pero cuando el aporte fue sustancialmente percibido casi la totalidad calificó el efecto como positivo, lo cual habla a favor de los BFRs, alternativa terapéutica empleada en el estudio. De igual forma, las mayores agrupaciones de participantes se observaron en aquellos que otorgaron poco efecto al tratamiento.

Tabla 4. Indicadores de efecto del tratamiento en el control de las ansias y los pensamientos intrusos relacionados con la comida.

		Tratamiento	Evaluación de efecto			gl	χ^2	sig.
		Aporte	Peor	Igual	Mejor			
Control	Ansias	Poco	22	35	11	2	48.058	.000
		Mucho	3	3	33			
	PIC	Poco	13	41	14	2	46.267	.000
		Mucho	2	4	32			

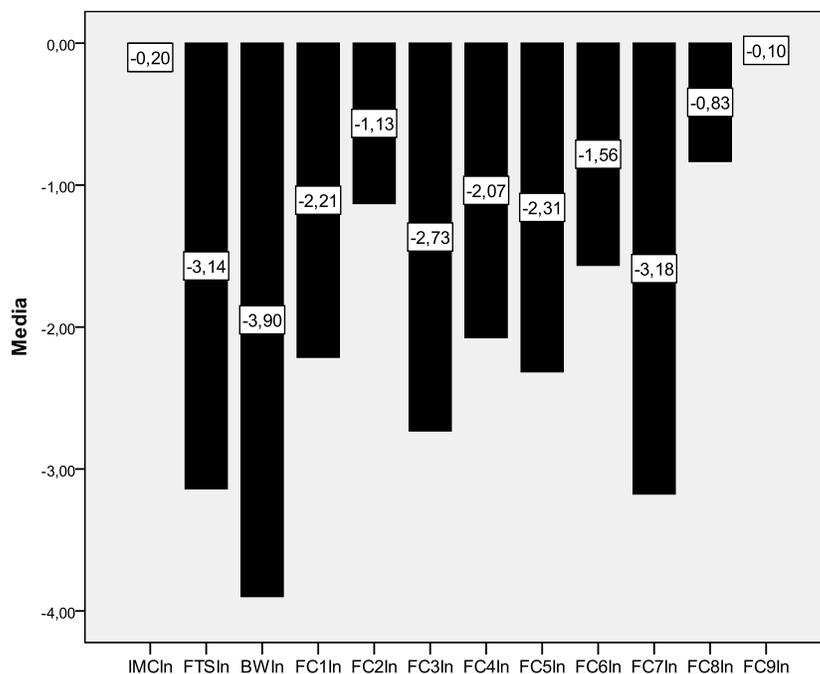
Leyenda: PIC = pensamientos intrusos relacionados con la comida.

Al finalizar el corte realizado al tercer mes, 63 personas (58.9%) manifestaron su deseo de continuar con el tratamiento, mientras que 25 (23.1%) prefirieron no hacerlo y 19 (17.6%) permanecían inseguros al respecto.

3.3 Efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

La Figura 1 muestra los valores medios de las interacciones de las distintas variables dependientes, donde los resultados mostraron una tendencia a obtener menos puntajes, al realizar el corte evaluativo final. Si bien todos los valores resultantes de la interacción fueron negativos, aspecto que ilustra los beneficios del tratamiento, es válido señalar que, con respecto al IMC, el afecto negativo (FC8) y los sentimientos de culpa (FC9), la mejoría fue escasa.

Figura 1. Distribución de las medias de las interacciones entre las variables de la LB y las del mes para la batería de instrumentos aplicados.



Leyenda: **FTS** = supresión de pensamientos relacionados con la comida; **BW** = supresión de pensamientos relacionados con el peso y la imagen corporal; **FC1** = reforzamiento positivo; **FC2** = reforzamiento negativo; **FC3** = desencadenantes de las ansias; **FC4** = sensación de hambre; **FC5** = pensamientos intrusos; **FC6** = intención de controlar las ansias; **FC7** = pérdida de control; **FC8** = afecto negativo; **FC9** = sentimiento de culpa.

3.4 Correlaciones de los predictores de efecto de los BFRs y las variables modificadas por el tratamiento.

Tabla 5. Correlaciones entre los predictores de efecto y las variables dependientes con interacciones $\geq \pm 1$.

VAR	Media/DE	FTS	BW	FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7
SV1	5.29 1.3	-.049	-.088	-.147	-.190*	-.041	-.168	-.209*	-.273**	-.174
SV2	5.25 1.3	.003	-.077	-.079	-.166	.078	-.194*	-.156	-.196*	-.093
SV3	5.79 1.1	.009	-.101	-.083	-.066	-.053	-.150	-.108	-.272**	-.187
SV4	5.57 1.2	.133	-.025	.071	-.021	.003	.043	.001	-.004	.012
SV5	5.54 1.2	-.055	-.212*	-.079	-.088	-.152	-.108	-.131	-.222*	-.234*
SV6	5.20 1.5	-.039	-.166	-.064	-.091	-.218*	-.069	-.146	-.145	-.143
SV7	5.73 8.1	.116	.117	.072	.077	-.031	.040	.084	-.017	-.030
SV8	5.93 1.2	.005	-.012	-.027	-.029	-.105	-.092	-.110	-.151	-.181
SV9	5.07 1.5	-.105	-.069	-.123	-.007	-.161	-.075	-.091	-.143	-.152
SV10	6.16 .9	-.031	-.025	.007	-.023	-.158	-.071	-.109	-.178	-.117
Exp	2.37 1.2	-.079	-.123	-.201*	-.096	-.230*	-.128	-.123	-.158	-.161
Abs	2.87 1.4	-.127	-.121	-.031	-.035	-.161	.005	-.093	-.002	-.161
Fan	2.38 1.6	-.030	-.062	-.153	-.068	-.061	-.093	-.128	-.160	-.026
IEm	7.71 3.4	.043	-.063	-.212*	-.115	-.108	.002	-.022	.009	-.037
Inf	5.49 3.1	.065	-.015	-.149	-.090	.092	-.062	-.111	.006	.011
Sug	18.47 6.4	.019	-.082	-.231*	-.127	-.063	-.051	-.117	-.031	-.055
CD1	24.28 3.9	.063	-.100	-.061	-.170	.006	.005	-.048	-.058	-.074
CD2	26.68 5.1	-.012	-.133	-.096	-.155	-.159	-.096	-.069	-.160	-.081
CD3	13.71 3.6	.024	-.199*	-.105	-.079	-.097	-.003	-.074	-.081	-.034
CD4	9.57 2.1	.022	-.086	-.142	-.135	-.090	-.034	-.059	-.097	-.043
CD5	5.52 2.3	.071	-.005	.049	-.032	-.020	-.001	.015	-.099	.028
CDT	79.76 13.7	.035	-.144	-.094	-.152	-.100	-.041	-.065	-.129	-.062
LOT	23.87 5.1	-.078	-.109	.012	-.141	-.080	-.081	-.057	-.142	-.075
SCQ	11.90 21.2	-.155	-.131	-.098	-.139	-.210*	-.073	-.115	-.100	-.027
#Fra	2.55 1.4	-.401**	-.469**	-.311**	-.398**	-.076	-.218*	-.318**	-.183	-.227*
Acat	2.83 2.1	-.349**	-.427**	-.394**	-.370**	-.172	-.236*	-.451**	-.328**	-.377**

Leyenda: SV1= conformidad; SV2= tradición; SV3= benevolencia; SV4= universalidad; SV5= autodirección; SV6= estimulación; SV7= hedonismo; SV8= logro; SV9= poder; SV10= seguridad; Exp= expectativas; Ab= absorción; Fan= fantaseo; IEm= implicación emocional; Inf= Influenciabilidad; SUt= sugestionabilidad; CD1= Persistencia-Tenacidad-Autoeficacia ; CD2= Control bajo presión; CD3= Adaptabilidad y recuperación; CD4= significado-control; CD5= significado; CDT= Resiliencia; SCQ= espiritualidad; LOT= optimismo; # Fra= # de frascos consumidos; Acat= acatamiento del ritual.

La Tabla 5 muestra las correlaciones de los potenciales predictores con los valores de la interacción calculada para el tercer mes. Fueron excluidas aquellas variables que mostraron valores de interacción <1 . Un análisis de la misma permite determinar el monto de las asociaciones, con un tamaño de efecto mediano ($R > .2$), entre los factores no específicos y las variables modificadas por el tratamiento.

Como puede observarse, los factores no específicos que mayor cantidad de correlaciones significativas permitieron establecer fueron aquellos relacionados con la adherencia al tratamiento y el acatamiento de las indicaciones contenidas en el ritual, los cuales se relacionan con casi la totalidad de las variables modificadas por el tratamiento. Este resultado habla a favor de la adherencia al tratamiento asumida por los participantes en el experimento, la cual constituye un importante recurso para la efectividad de cualquier terapia (Orueta, 2005).

Por su parte, la dirección motivacional al cambio (Whalley & Hyland, 2009), fue representada por la autodirección, que se asoció con la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo, con la intención de controlar las ansias por comer y con la pérdida de control sobre el comer. Este resultado parece sugerir que esta orientación motivacional, referida a la capacidad de poder pensar con independencia, actuar con libertad y ser creativo (Schwartz, 2001), produce reacciones emocionales más saludables congruentes con la apertura al cambio (Schwartz, 1992, 2005a).

También se observaron asociaciones fuertes con la tradición, la conformidad y la benevolencia. Todas estas orientaciones motivaciones hacia las otras personas o la sociedad (Schwartz, 2006), pudieran brindar indicios de deseabilidad social en los resultados. En el caso de la conformidad y la tradición, se relacionaron con los pensamientos intrusos y, la primera con la benevolencia, con la intención de controlar las ansias por comer.

Por su parte, la estimulación se relacionó con los desencadenantes de las ansias por comer. Ello no resulta extraño si se comprende que en la búsqueda constante

de nuevas sensaciones o vivencias (Shwartz, 2006) aparecen las tentaciones que se convierten en una “exquisita tortura” (Kavanagh, et al., 2005).

A su vez, la espiritualidad y las expectativas mostraron una correlación significativa con los desencadenantes de las ansias por comer. Las correlaciones de ambos factores no específicos con las variables dependientes ha sido observado en estudios precedentes (Hyland, et al., 2006; Hyland, et al., 2007).

Por su parte, las expectativas y la implicación emocional estuvieron asociadas con el reforzamiento positivo de las ansias de comer. Cuando las personas se implican en un comportamiento que consideran beneficioso tenderán a desarrollar expectativas que alienten su obtención (Hyland, 2011). Ello pudo haberse traducido en una disminución de la cantidad de ideaciones que indican que la experiencia de dar rienda suelta a las ansias de comer, conllevará a un fin positivo o agradable (Moreno, et al., 2008).

3.5 Identificación de los predictores y su efecto.

En la Tabla 6 se muestran los predictores de efecto de los BFRs sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida y la imagen corporal.

Tabla 6. Predictores del efecto de los BFRs sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida, el peso-forma del cuerpo y la preocupación por comer.

Variables Introducidas	Supresión de pensamientos sobre						Ansias		
	Comida			Peso/Imagen			Preocupación		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.	β	t	Sig.
Modelo Inicial	F(2,100)=12.535, p<.001			F(3,99)=17.362, p<.001			F(3,99)=11.809, p<.001		
Acatamiento	-.225	-2.301	.023	-.284	-3.192	.002	-.206	-2.141	.035
# de Frascos	-.306	-3.133	.002	-.371	-4.163	.000	-.351	-3.670	.000
Autodirección				-.244	-2.989	.004			
Tradición							-.196	-2.229	.028
R²	.184			.325			.241		

Mediante el análisis de los coeficientes estandarizados (β) se obtuvieron los siguientes resultados. Con relación a la supresión de pensamientos relacionados con la comida, mostraron un aporte significativo a la estructuración de la ecuación de regresión, tanto el acatamiento como el número de frascos consumidos, que combinados fueron capaces de explicar un 18.4% de la varianza de las puntuaciones para esta variable, lo cual refuerza la idea de que uno de los factores que mayor peso tiene en la efectividad de la acción terapéutica de los BFRs, es la adherencia al tratamiento.

En el caso de la supresión de pensamientos relacionados con la forma del peso y el cuerpo, a la combinación del acatamiento y el número de frascos consumidos se agregó la autodirección como valor. La combinación de estas variables mostró un efecto de asociación fuerte con el resultado, capaz de explicar un 32.5% de la varianza de las puntuaciones del mismo. Debe señalarse, además, que el efecto de la intervención sobre esta variable dependiente se considera como un efecto añadido, históricamente atribuido a uno de los remedios florales que compusieron la fórmula: Crab Apple (Orozco, 2010).

Por otra parte, dentro de las dimensiones de las ansias de comer como rasgo, la preocupación por la comida mostró también al acatamiento y el número de frascos consumidos como sus mejores predictores de efecto, capaces de explicar el 24.1% de la puntuación de su interacción, en adición de la tradición como valor. Este es un efecto que puede considerarse de mediano a grande.

El hecho de que la adherencia terapéutica mostrara un efecto directo sobre la preocupación por comer, puede explicarse porque ella constituye un complejo y multifactorial proceso ampliamente estudiado (Bonada, et al., 1985; Griffith, 1990; Kaplan & Simon, 1990), incluyendo factores relacionados con: el paciente, el profesional, el sistema sanitario, la enfermedad, y la propia terapia. La interacción de la adherencia y la tradición, también constituyó un buen predictor. El respeto por lo establecido (Schwartz, 2006), que se traduce en una motivación fundamental para asumir conductas que se correspondan con las orientaciones dadas por el

investigador, pudo constituir una motivación concordante (Hyland & Whalley, 2008), con la adherencia para potenciar los efectos del tratamiento.

Tabla 7. Predictores de efecto de los BFRs sobre el reforzamiento positivo y negativo, así como la pérdida de control sobre las ansias de comer.

Variables Introducidas	Reforzamiento +			Intención de comer			Pérdida de control		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.	β	t	Sig.
Modelo Inicial	F(5,96)=5.062, p<.001			F(4,98)=5.998, p<.001			F(3,99)=8.814, p<.001		
Acatamiento	-.298	-2.752	.007	-.323	-3.539	.001	-.344	-3.522	.001
# de Frascos	-.171	-1.680	.096				-.102	-1.039	.301
Expectativas	-.021	-.213	.832						
Implicación-E	-.001	-.009	.993						
Sugestión	-.147	-.992	.324						
Conformidad				-.123	-1.118	.266			
Benevolencia				-.143	-1.231	.221			
Autodirección				-.101	-.949	.345	-.252	-2.815	.006
R²	.167			.164			.187		
Modelo Final	F(1,102)=18.615, p<.001			F(1,101)=12.196			F(2,100)=12.671, p<.001		
Acatamiento	-.394	-4.315	.000	-.328	-3.492	.001	-.385	-4.307	.000
Autodirección							-.245	-2.746	.007
R²	.156			.099			.186		

Por su parte en la Tabla 7, el acatamiento se mostró como un buen predictor tanto de los reforzadores positivos de las ansias, como de las intenciones de comer, con un efecto mediano. Ello fue interesante debido a que el efecto del acatamiento del ritual es propuesto como la base del efecto placebo (Kaptchuk, 2011), que se inserta en la teoría de la concordancia motivacional (Hyland & Whalley, 2008). En el

caso de la pérdida de control, el acatamiento interactuó con la autodirección, que condicionaría motivaciones concordantes con la apertura al cambio (Schwartz, 1992, 2005a) y, por tanto, podría repercutir positivamente sobre el autocontrol.

Tabla 8. Predictores de efecto de los BFRs sobre los desencadenantes de las ansias por comer, la sensación de hambre y el reforzamiento negativo.

Variables Introducidas	Desencadenantes			Sensación de Hambre			Reforzamiento -		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.	β	t	Sig.
Modelo Inicial	F(3,103)=3,396, p=.021			F(2,100)=3.917, p=.023			F(2,100)=13.540, p<.001		
Acatamiento				-.178	-1.686	.095	-.247	-2.545	.012
# de Frascos				-.143	-1.360	.177	-.303	-3.119	.002
Estimulación	-.094	-.837	.405						
Expectativas	-.178	-1.789	.077						
Espiritualidad	-.138	-1.286	.201						
R²	.064			.054			.197		

Como se muestra en la Tabla 8, también para el reforzamiento negativo de las ansias de comer, el acatamiento y el número de frascos consumidos se mostraron como sus mejores predictores de efecto, con un tamaño de efecto mediano. Esto pudiera explicarse porque el seguimiento de las indicaciones terapéuticas influyó directamente en que las ansias de comer constituyeran una respuesta a emociones negativas (Jackson, et al., 2003). En lo fundamental, la simplificación del tratamiento pudo influir en la disminución de estas conductas respondientes a los estados negativos no deseados (Orueta, 2005), actuando de manera directa sobre la reflexión cognitiva que hacen los individuos de dichas emociones, razón por la cual se produce la inhibición de la conducta de comer.

Por último, no pudieron establecerse predictores que permitieran explicar, de forma significativa, a través de la ecuación de regresión final, las variaciones de las puntuaciones de la interacción de los desencadenantes y de la sensación de hambre con las variables con las que establecieron una asociación significativa.

3.6 Análisis Integrador.

Primeramente debe destacarse que gran parte de la muestra estudiada presentó sobrepeso u obesidad, y predominó un estilo de vida sedentario, donde el método más utilizado por los individuos para perder peso fue el de reducir la comida. Este método no es efectivo, si se toma en cuenta que la principal conducta que provoca el incremento del IMC, se reportó como la ingestión sistemática de comida fuera de los horarios establecidos.

Al analizar la evaluación de los participantes, del efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y los pensamientos intrusos relacionados con la comida, se obtuvo que, aún cuando la mayoría percibieron poco aporte, cerca del 60% deseaban permanecer bajo tratamiento al culminar el corte evaluativo.

Por su parte, el análisis del efecto del tratamiento sobre las ansias de comer y su supresión, brinda evidencia sobre la efectividad del uso de los BFRs, debido a que todos los valores resultantes de la interacción de todas las variables dependientes fueron negativos.

Un análisis más profundo de los resultados obtenidos permite determinar el grado de influencia de aquellos factores no específicos que, por condición propia, al revisar la teoría fueron identificados como posibles predictores del efecto del tratamiento propuesto. De manera general, se apreció la asociación de varias de estas variables no específicas tanto para la supresión de pensamientos (comida o peso-forma del cuerpo), como con muchos de los factores relacionados a las ansias de comer (Moreno et al., 2008).

Los factores no específicos que más asociaciones mostraron fueron el acatamiento del ritual y el número de frascos ingeridos, lo que demuestra el

importante papel que desempeña la adherencia terapéutica en la efectividad del tratamiento. Por su parte las expectativas estuvieron asociadas a los desencadenantes de las ansias y al reforzamiento positivo, concordante con lo planteado por Gaitan-Sierra & Hyland, (2011), quienes concluyeron que las expectativas de curación influían en el beneficio de una terapia. La espiritualidad también se asoció con los desencadenantes de las ansias por comer, cuya orientación a la trascendencia (Kohls, et al., 2011) pudiera causar que no se preste tanta atención a estímulos que potencialmente pueden desencadenar las ansias de comer.

Por su parte, tanto la expresión global de la sugestionabilidad como la implicación emocional (Gonzalez-Ordi & Miguel-Tobal, 1999), se relacionaron con el reforzamiento positivo de las ansias por comer. Dado porque la capacidad para implicarse emocionalmente con los contenidos de la anticipación de dicho reforzamiento (Moreno, et al., 2008), que tiene en su base imágenes mentales que constituyen un componente clave de las ansias (Kemps & Tiggemann, 2010).

En adición, los valores constituyen una de las variables no específicas que mayores asociaciones tuvieron, donde destacan la conformidad, la benevolencia, la autodirección y la estimulación. La orientación personal en función de los mismos son considerados para el estudio de la motivación por el resultado de cualquier tratamiento (Whalley & Hyland, 2009), pues desde un punto de vista funcional, guían la conducta de las personas y expresan cognitivamente sus necesidades (Gouveia et al., 2008).

Ahora bien, el análisis del efecto de las variables predictoras sobre el resultado del tratamiento arroja luz sobre varios elementos que pueden contribuir a su eficacia. Las personas que asumieron una conducta consecuente con las medidas combinadas de adherencia (Orueta, 2005), y acatamiento (Hyland, et al., 2006; Hyland, et al., 2007), reportaron un menor esfuerzo por suprimir pensamientos desagradables e indeseados referentes tanto a la comida como al peso y la imagen corporal, así como la anticipación del alivio después de comer.

Un resultado interesante para el estudio se obtuvo del análisis del efecto de los predictores sobre el reforzamiento positivo, la intención de comer y la pérdida de control; siendo el acatamiento por sí solo el responsable de la afectación de estas variables. Hay que tener en cuenta que cuando el acatamiento no se acompaña por el número de frascos ingeridos puede constituir un mejor predictor del efecto placebo (Kaptchuk, 2011).

Ahora bien, cuando las orientaciones motivacionales concordantes con la autodirección se insertaron en el modelo de adherencia y acatamiento, permitieron explicar el mayor efecto registrado para cualquiera de las variables dependientes evaluadas, en este caso para la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo. La apertura al cambio y la creatividad presente en estos individuos, al interactuar con la adherencia y el acatamiento del ritual realizado, pudo condicionar el gigantesco efecto que se observó sobre esta variable dependiente. Sin embargo, la autodirección asociada solamente al acatamiento muestra un efecto más discreto sobre la preocupación por la pérdida de control. Ambos resultados merecen un análisis más detallado, pues pudieran brindar indicios acerca de la acción específica de algunos elementos contenidos en la fórmula con BFRs.

El hecho de que el número de frascos consumidos insertado en la ecuación incremente de forma notable el porcentaje de la varianza explicada de las puntuaciones de la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo, pudiera constituir un indicador de la acción específica del Crab Apple contenido en la fórmula, del que se ha sugerido actúa sobre las distorsiones en la imagen corporal (Orozco, 2010). Sin embargo, sobre la pérdida de control, cubierta por otro de los remedios incluidos (Cherry Plum), la cantidad de frascos consumidos no aparece como un predictor de su efecto. Entonces, resulta probable que el efecto placebo mediado por la autodirección y el acatamiento, permiten explicar en mayor medida el positivo efecto del tratamiento sobre la pérdida de control.

Para la preocupación por la comida, la orientación hacia la tradición y las medidas de adherencia y acatamiento tuvieron resultados notables. Obviamente el hecho de estar incluidos en un estudio y ser sometidos a evaluaciones periódicas parece repercutir positivamente sobre estas personas, desviando el núcleo de sus preocupaciones hacia otras direcciones fuera de la comida. Estos resultados sugieren que el contexto del propio ritual del ensayo aleatorizado (Kaptchuk, 2011) podría ser suficiente para actuar de forma significativa sobre el control de esta variable.

Conclusiones

Conclusiones

❖ Los BFRs fueron capaces de activar el efecto de una intervención diseñada para el control de las ansias de comer y su consecuente supresión; donde las medidas de adherencia y acatamiento, en interacción con orientaciones motivacionales hacia valores específicos, se revelaron como los más fuertes predictores de su efecto.

❖ La mayor parte de los participantes evaluaron el efecto del tratamiento como escaso, tanto para el control de las ansias como para los pensamientos intrusos relacionados con la comida. Sin embargo, la interacción de las variables dependientes evaluadas al concluir el tercer mes, fue un indicador de mejoría para todas. Los resultados más discretos los registraron el IMC y las emociones negativas generadas por las ansias de comer.

❖ Los factores no específicos que mayor número de correlaciones establecieron con la interacción de las variables dependientes fueron las medidas de adherencia y acatamiento; seguidas por las orientaciones motivacionales hacia la autodirección.

❖ Los predictores más constantes del efecto de los BFRs fueron la interacción del número de frascos consumidos con el acatamiento del ritual (ambas medidas de adherencia y acatamiento). Sin embargo, el incremento sustancial de su efecto solo fue logrado en la interacción con valores específicos: *autodirección*, en el caso de la supresión de pensamientos relacionados con la imagen y el peso del cuerpo, y *tradición*, para explicar las variaciones de la preocupación por comer.

Recomendaciones

Recomendaciones

1. Realizar cortes evaluativos que impliquen mayores intervalos de tiempo (Ej. 6-12 meses) para observar si los predictores hallados se mantienen o cambian.
2. Iniciar intervenciones que impliquen otras indicaciones de dosificación, insertando instrucciones más “espirituales” o ninguna instrucción.
3. Replicar el estudio fuera de un diseño aleatorizado a doble ciego-placebo, donde se elimine el efecto de la incertidumbre que genera la aleatorización.

*Referencias
Bibliográficas*

Referencias Bibliográficas

- Abramowitz, J.S., Tolin, D.F., & Street, G.P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*, 683-703.
- Acharya, S.D., Elci, O.U., & Sereika, S.M. (2009). Adherence to a behavioral weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers. *Patient Prefer Adherence, 3*, 151-160.
- Adrianse, M. A., Osten, J.M., Ridder, D.T., Wit, J.B., & Evers, C. (2011). Planning What Not to Eat: Ironic Effects of Implementation Intentions Negating Unhealthy Habits. *Personality and Social Psychology Bulletin, 37*(1), 69–81. doi: 10.1177/0146167210390523
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Armitage, C. J. (2007). Effects of an implementation intention based intervention on fruit consumption. *Psychology and Health, 22*, 917-928.
- Arrebola, E., Gómez-Candela, C., Fernández-Fernández, C., Loria, V., Muñoz-Pérez, E., & Bermejo, L.M. (2011). Evaluation of a Lifestyle Modification Program for Treatment of Overweight and Nonmorbid Obesity in Primary Healthcare and Its Influence on Health-Related Quality of Life. *Nutrition in Clinical Practice, 26*(3), 316-321. doi: 10.1177/0884533611405993
- Barnes, R.D., Fisak, B., & Tantleff-Dunn, S. (2009). Validation of the Food Thought Suppression Inventory. *Journal of Health Psychology, 15*(3), 373–381.
- Barnes, R.D., & White, M. (2010). Psychometric Properties of the Food Thought Suppression Inventory in Men. *Journal of Health Psychology, 15* (7), 1113–1120.
- Bernal-Díaz, L., Frías-Hernández, L. M., Mejías-Hernández, Y., Rodríguez-Becerra, I., & Rodríguez-Martín, B. C. (2010). White Chestnut y supresión de

pensamientos en adultos mayores. In GC-Bach (Ed.), *Cuadernos de Investigación II: Hacia una práctica basada en la evidencia* (pp. 52-62). Santa Clara: Feijóo.

Berry, L.M., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and Behavioral Reaction to Intrusive Thoughts. *Assessment*, *17*(1), 126–137. Retrieved from <http://asm.sagepub.com/content/17/1/126>

Bernheim, H. (1886). *De la suggestion, et de ses applications à la thérapeutique*. París: O. Doin (versión en castellano: De la sugestión y de sus aplicaciones a la terapéutica. Oviedo: Imprenta de Vicente Brid, 1886).

Binet, A. (1900). *La suggestibilité*. París: Schleicher Frères.

Blair, E.H., Wing, R.R., & Wald, A. (1991). The effects of laboratory stressors on glycemic control and gastrointestinal transit time. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 133-143.

Boland, A., & Cappeliez, P. (1997). Optimism and neuroticism as predictors of coping and adaptation in older women. *Personality and Individual Differences*, *22*, 909-919.

Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Ijntema, R. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 1–10.

Brewin, C. R., & Beaton, A. (2002). Thought suppression, intelligence, and working memory capacity. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 923-930.

Brewin, C.R., & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 61-68.

Brochu, P.M., Gawronski, B., & Esses, V.M. (2011). The integrative prejudice framework and different forms of weight prejudice: An analysis and expansion.

Group Processes Intergroup Relations, 14(3), 429-444. doi: 10.1177/1368430210396520.

Camardese, G., Adamo, F., Mosca, L., Picello, A., Pizi, G., Mattioli, B., et al. (2007). Plasma cortisol levels and resilience in depressed patients. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17, 338–339.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketchman, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). “How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2008). Feedback processes in the simultaneous regulation of affect and action. In J. Y. Shah & W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 308-324). New York: Guilford.

Castro-Solano, A., & Nader, M. (2006). La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz. *Interdisciplinaria*, 23(2).

Chang, E.C. (1998a). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 109-1.120.

Chang, E.C. (1998b). Distinguishing between optimism and pessimism: a second look at the ‘optimism-neuroticism’ hypothesis. En R.R. Hoftman, M.F. Sherrick y J.S. Warm (Eds.), *Viewing psychology as a whole: the integrative science of William N. Dember* (pp. 415-432). Washington: American Psychological Association.

Chiou, W.-B., Yang, C.-C., & Wang, C.-C. (in press). Ironic Effects of Dietary Supplementation: Illusory Invulnerability Created by Taking Dietary Supplements Licenses Health Risk Behaviour. *Psychological Science*. doi:10.177/0956797611416253

- Cioffi, D., & Holloway, C. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 274–282.
- Clark, D.A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non clinical individuals: Implications for clinical disorders, in Clark, D. A. (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, Research, and Treatment* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Conner, M., Fitter, M., & Fletcher, W. (1999). Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between-meal snacking. *Psychology and Health, 14*, 51-63.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety, 18*, 76–82.
- Cooper, Z., Doll, H.A., & Hawker, D.M. (2011). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther, 48*, 706-713.
- Crum, A. J., & Langer, E. J. (2007). Mind-set matters. Exercise and the placebo effect. *Psychological Science, 18*, 165–171. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01867.x
- Davidson, J., Stein, D., Rothbaum, B., Pedersen, R., Szumski, A., & Baldwin, D. (2011). Resilience as a predictor of treatment response in patients with posttraumatic stress disorder treated with venlafaxine extended release or placebo. *Journal of Psychopharmacology, 0(0)*, 1–6.
- Davidson, K., & Prkachin, D. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 617-625.
- Denzler, M., Förster, J., Liberman, N., & Rozenman, M. (2010). Aggressive, Funny, and Thirsty: A Motivational Inference Model (MIMO) Approach to Behavioral Rebound. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36* (10), 1385 –1396.

- Dubé, L., LeBel, J.L., & Lu, J. (2005). Affect asymmetry and comfort food consumption. *Physiology and Behavior*, *86*, 559-567.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, *6*, 169-200.
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, *6*, 67-85.
- Ernst, E. (2009). Research Into Complementary/Alternative Medicine: A Personal Comment. *Complementary Health Practice Review*, *14*(1), 51. doi: 10.1177/1533210109332392
- Ernst, E. (2010). Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials. *Swiss Medical Weekly*.
- Erskine, J. A. K. (2008). Resistance can be futile: investigating behavioral rebound. *Appetite*, *50*, 415-421.
- Evers, C., Stok, M., & de Ridder, D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36* (6), 792 –804.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. *British Medical Journal*, *284*, 1153-1155.
- Ferrando, P.J., Chico, E., & Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo - Life Orientation Test. *Psicothema*, *14*(3), 673-680.
- Fontaine, K., Manstead, A., & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, *1*, 267-281.

- Fraser, M.W., Rischman, J.M., & Galinsky, M.J. (1999). Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research, 23*(3), 131-143.
- Friedman, L., Weinberg, A., Webb, J., Cooper, H., & Bruce, S. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine, 11*, 59-65.
- Furnham, A. (2003). The psychology of complementary and orthodox medicine. *Evidence Based Integrative Medicine, 1*, 57–64.
- Gillhamn, J., Shatté, A., Reivich, K., & Seligman, M.E.P. (2001). “Optimism and explanatory style”. En E. Chang (Ed). *Optimism and pessimism. Implications for Theory, research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gollwitzer, P.M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 38, pp. 69-119). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- González-Ordi, H., & Miguel-Tobal, J.J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología, 15*(1), 57-75.
- Gouveia, V.V., Milfont, T.L., Fischer, R., & Santos, W.S. (2008). Teoría funcionalista dos valores humanos. En M.L.M. Teixeira (Ed.), *Valores humanos e gestão: Novas perspectivas* (pp. 47-80). São Paulo, SP: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.
- Green, M.W., Rogers, P.J., & Elliman, N.A. (2000). Dietary restraint and addictive behaviors: The generalizability of Tiffany’s cue reactivity model. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 419–427.

- Halberstein, R. A., Shirkin, A., & Ojeda-Vaz, M. M. (2010). When Less Is Better: A Comparison of Bach Flower Remedies and Homeopathy. *Ann Epidemiol*, *20*(4), 298-307.
- Harnden, J.L., McNally, R.J., & Jimerson, D.C. (1997). Effects of suppressing thoughts about body weight: A comparison of dieters and nondieters. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(3), 285-290.
- Harvey, K., Kemps, E., & Tiggemann, M. (2005). The nature of imagery processes underlying food cravings. *British Journal of Health Psychology*, *10*, 49–56.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, *54*, 553–578.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, *110*, 86-108.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1988). Excess and restraint in bulimia. In K. Pirke, W. Vandereycken, & E. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia* (pp. 33-41). New York, NY: Springer-Verlag.
- Herman, C.P., & Polivy, J. (2005). Normative influences on food intake. *Physiology and Behavior*, *86*, 762-772.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L.P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 521-530.
- Hill, A.J. (2007). The psychology of food craving. *Proceedings of the Nutrition Society*, *66*, 277–285.

- Hill, P.C., & Pargament, K.L. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist, 58*(1), 64-74.
- Hitlin, S., & Piliavin, J. A. (2004). Values: Reviving a dormant concept. *Annual Review of Sociology, 30*, 359-393.
- Holland, R.W., Aarts, H., & Langendam, D. (2006). Breaking and creating habits on the working floor: A field-experiment on the power of implementation intentions. *Journal of Experimental Social Psychology, 42*, 776–783.
- Hofmann, W., van Koningsbruggen, G., Stroebe, W., Ramanathan, S., & Aarts, H. (2010). As Pleasure Unfolds: Hedonic Responses to Tempting Food. *Psychological Science, 21* (12), 1863 –1870.
- Honda, K., & Jacobson, J. (2005). Use of complementary and alternative medicine among United States adults: The influences of personality, coping strategies, and social support. *Preventive Medicine, 40*, 46–53.
- Hotard, S., McFatter, R., McWhirter, R., & Stegall, M. (1989). Interactive effects of extraversion, neuroticism, and social relationship on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 145*, 321-331.
- Hull, C.L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hurt, R.T., Frazier, T.H., McClave, S.A., & Kaplan, L.M. (2011). Obesity Epidemic: Overview, Pathophysiology, and the Intensive Care Unit Conundrum. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 35*(1). doi: 10.1177/0148607111415110
- Hyland, M. E. (2006). Reports by some massage therapists of a sense of ‘special connection’ that is sometimes experienced with clients/patients. *Komplementärmedizin, 13*, 335-341.

- Hyland, M.E. (2011a). Motivation and placebos: do different mechanisms occur in different contexts? *Philosophical transactions of the royal society*, 366, 1828–1837.
- Hyland, M. E. (2011b). *The Origins of Health and Disease* Cambridge: Cambridge University Press.
- Hyland, M.E., Geraghty, A.W.A., Joy, O.E.T., & Turner, S.I. (2006). Spirituality predicts outcome independently of expectancy following flower essence self-treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 53–58. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.073
- Hyland, M.E., & Whalley, B. (2008). Motivational concordance: An important mechanism in self-help therapeutic rituals involving inert (placebo) substances. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 405–413. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.02.006
- Hyland, M.E., Whalley, B., & Geraghty, A.W.A. (2007). Dispositional predictors of placebo responding: A motivational interpretation of flower essence and gratitude therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 331–340. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.006
- Hyland, M.E., Wheeler, P., Kamble, S., & Masters, K.S. (2010). A Sense of 'Special Connection', Self-transcendent Values and a Common Factor for Religious and Non-religious Spirituality. *Archive for the Psychology of Religion*, 32, 293-326.
- Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: Changing values and political styles among Western publics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jackson, B., Cooper, M.L., Mintz, L., & Albino, A. (2003). Motivations to eat: Scale development and validation. *Journal of Research in Personality*, 37, 297-318.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. 2 vols. London: MacMillan.

- Jay, M., Gillespie, C., Schlair, S., Sherman, S., & Kalet, A. (2010). Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res*, *10*, 159.
- Jeffery, R.W., Levy, R.L., & Langer, S.L. (2009). A comparison of maintenance-tailored therapy (MTT) and standard behavior therapy (SBT) for the treatment of obesity. *Preventive Medicine*, *49*, 384-389.
- Johnson, J. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, *19*, 3-12.
- Johnston, L., Bulik, C.M., & Anstiss, V. (1999). Suppressing thoughts about chocolate. *International Journal of Eating Disorders*, *26*(1), 21-27.
- 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., & 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. doi: 10.1177/0145445510370994
- Jones, N., & Rogers, P. J. (2003). Preoccupation, food, and failure: An investigation of cognitive performance decits in dieters. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 185–192.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, *12*, 270-275.
- Kalawski, J.P., & Haz, A.M. (2003). Y... ¿Dónde está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *37*(2), 365-372.

- Kaptchuk, T. J. (2011). Placebo studies and ritual theory: a comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical healing. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1849–1858.
- Kavanagh, D., Andrade, A., & May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychological Review*, 112(2), 446–467.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2010). A Cognitive Experimental Approach to Understanding and Reducing Food Cravings. *Psychological Science*, 19(2), 86–90. doi: 10.1177/0963721410364494
- Kemps, E., Tiggemann, M., & Grigg, M. (2008). Food cravings consume limited cognitive resources. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 14, 247–254.
- Kemps, E., Tiggemann, M., & Hart, G. (2005). Chocolate cravings are susceptible to visuo-spatial interference. *Eating Behaviors*, 6, 101–107.
- Kemps, E., Tiggemann, M., & Marshall, K. (2005). Relationship between dieting to lose weight and the functioning of the central executive. *Appetite*, 45, 287–294.
- King, K., Rowe, M., Kimble, L., & Zerwic, J. (1998). Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15–26.
- Kirsch, I. (Ed.). (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10332-000
- Kohls, N., Sauer, S., Offenbacher, M., & Giordano, J. (2011). Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects? *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1838–1848.
- Laddu, D., Dow, C., Hingle, M., Thomson, C., & Going, S. (2011). A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 512–525. doi: 10.1177/0884533611418335

- Lehman, A. K., & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 117-122.
- León, G., & Montero, I. (2011). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (Tercera Edición). Madrid: McGraw-Hill.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). New York, NY: John Wiley.
- Lillis, J., Hayes, S.C., & Levin, M.E. (2011). Binge Eating and Weight Control: The Role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification, 35*(3) 252–264. doi: 10.1177/0145445510397178
- Linderman, M., & Verkasalo, M. (2005). Measuring Values With the Short Schwartz's Value Survey. *Journal of Personality Assessment, 85*(2), 170-178.
- Luciano, J.V. (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: El rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. (Disertación doctoral no publicada). Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones.
- Luciano, J.V., Algarabel, S., Tomás, J.M., & 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., & Lucero, M. (2006). Confirmatory Factor Analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire. A Comparison of Alternative Models. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(4), 250–258.
- Mann, T., & Ward, A. (2001). Forbidden fruit: Does thinking about a prohibited food lead to its consumption. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 319-327.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

- May, J., Andrade, J., Panabokke, N., & Kavanagh, D. (2004). Images of desire: Cognitive models of craving. *Memory, 12*, 447–461.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. London: Methuen & Co.
- Meissner, K., Kohls, N., & Colloca, L. (2011). Introduction to placebo effects in medicine: mechanisms and clinical implications. *Phil. Trans. R. Soc. B, 366*, 1783-1789.
- Meyer, G. y Shack, J. (1989). Structural convergence of mood and personality: Evidence for old and new directions. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 691-706.
- Miller, W., & Thoresen, C. (2003) Spirituality, Religion and Health. An Emergent Field. *American Psychologist, 58*, 1-24.
- Montero, I., & Leon, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3)*, 847-862.
- Monvoisin, R. (2005). Élixirs floraux de Bach: Critique des concepts pseudo-scientifiques, pseudo-médicaux et des postures philosophiques induites par la théorie du Dr Bach. *Ann Pharm Fr, 63*, 416-428.
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernández, M.C., Tamez, J., & Cepeda-Benito, A. (2008). Clinical Validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment, 15(3)*, 375-387.
- Myers, W.B. (2010). The placebo as performance: speaking across domains o healing. *Qualitative Health Research, 20 (9)*, 1295-1303.
- O'Callaghan, F. V., & Jordan, N. (2003). Postmodern values, attitudes and the use of complementary medicine. *Complementary Therapies in Medicine, 11*, 29–32.
- Orozco, R. (2010). *Esencias Florales de Bach: 38 caracterizaciones dinámicas*. Barcelona: El Grano de Mostaza.

- Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.
- Otero-López, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A., & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad*. Manual de Prácticas. Barcelona: Ariel Practicum.
- Owen, J. E., Taylor, A. G., & Degood, D. (1999). Complementary and alternative medicine and psychologic factors: Toward an individual differences model of complementary and alternative medicine use and outcomes. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 5, 529–541.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Peterson, R.D. (2008). *Food for thought: the relationship between thought suppression and weight control*. (Disertación doctoral no publicada). Orlando: Universidad Central de Florida.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., & Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264–1272.
- Pollak, K.I., Alexander, S.C., & Coffman, C.J. (2010). Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *Am J Prev Med.*, 39, 321-328.
- Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M., & Griffin, M. (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*, 15, 319–337. doi:10.1080/09603120500155963
- Rhodes, R.E., Courneya, K.S., & Jones, L.W. (2003). Translating Exercise Intentions into Behavior: Personality and Social Cognitive Correlates. *Journal of Health Psychology*, 8(4), 447–458.

- Rodríguez-Martín, B. C. (2009). *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria*. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Rodríguez- Martín, B.C., & Molerio-Pérez, O. (2012). *Predictores cognitivos del Índice de Masa Corporal: intrusiones, ansias de comer y supresión de pensamientos*. Santa Clara.
- Rodríguez-Martín, B. C., & Molerio-Pérez, O. (in press). Esencias Florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.
- Rodríguez, B.C., & Rivas, S. (2012). *Placebo: la mancha más brillante de la Medicina*. Santa Clara.
- Rodríguez-Martín, B.C., & Rodríguez-Méndez, L. (2010). Esencias florales, efecto placebo y psicoterapia. In GC-Bach. (Ed.), *Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia*. (pp. 7-29). Santa Clara: Feijóo.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sarwer, D.B., von Sydow Green, A., Vetter, M.L., & Wadden, T.A. (2009). Behavior therapy for obesity: where are we now? *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 16, 347-352.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effect of fear food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

- Scheier, M., & Carver, C. (1987). "Dispositional optimism and Physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health". *Journal of Personality, 55*, 169-210.
- Scheier, M., & Carver, C. (1992). "Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical overview and Empirical Update". *Cognitive Therapy and research, 16*, 201-228.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
- Scheier, M., Weintraub, J.K., & Carver, C.S. (1986). "Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists". *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1257-1264.
- Schoeller, D.A., Shay, K., & Kushner, R.F. (1997). How much physical activity is needed to minimize weight gain in previously obese women? *American Journal Clinical Nutrition, 66*, 551.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology, 13*, 309-320.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M. F., & Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging, 11*, 304-309.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology (Vol. 25)* (pp. 1-65). New York: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social Issues, 50*, 19-45.

- Schwartz, S.H. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? [Are there universal aspects in the structure and content of human values?]. En M. Ros & V. Gouveia (Eds.), *Psicología social de los valores humanos* (pp. 53-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schwartz, S.H. (2005). Basic human values: Their content and structure across countries. En A. Tamayo & J. B. Porto (Eds.), *Valores e comportamento nas organizações [Values and behavior in organizations]* pp. 21-55. Petrópolis, Brazil: Vozes.
- Schwartz, S.H. (2006). Basic Human Values: Theory, Measurement, and Applications. *Revue française de sociologie*, 47 (4).
- Schwartz, S.H. (2011). Studying Values: Personal Adventure, Future Directions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (2), 307 –319.
- Schwartz, S., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550-562.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (2003). Mediator of Moderators: Temporal Stability of Intention and the Intention-Behavior Relation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. doi: 10.1177/0146167202239046.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349-369.
- Shepperd, J., Maroto, J., & Pbert, L. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W., & Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity*, 23, 485-493.

- Sink, C. A., & Mvududu, N. H. (2010). Power, Sampling, and Effect Sizes: Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1(2), 1-18.
- Sintes, A. (2008). *Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social*. Vol. II. La Habana: Ciencias Médicas.
- Smith, T.W., Pope, M.K., Rhodewalt, F., & Poulton, J.F. (1989). "Optimism, neuroticism, coping and symptom reports: an alternative interpretation of the Life Orientation Test". *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 640-648.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P., & Roets, A. (2006). When suppression backfires: The ironic effects of suppressing eating-related thoughts. *Journal of Health Psychology*, 11, 655–668.
- Soetens, B., Braet, C., & Moens, E. (2008). Thought Suppression in Obese and Non-Obese Restrained Eaters: Piece of Cake or Forbidden Fruit? *European Eating Disorders Review*, 16, 67–76.
- Stanton, A.L., & Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1317–1338.
- Taylor, S.E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Thaler, K., Kaminski, A., Chapman, A. L., T., & Gartlehner, G. (2009). Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review. *BMC Complement Altern Med*, 9(16). doi: 10.1186/1472-6882-9-16

- Tempone, S.G. (2007). El placebo en la práctica y la investigación clínica. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 249-252.
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591-604.
- Versland, A., & Rosenberg, H. (2007). Effect of brief imagery interventions on craving in college student smokers. *Addiction Research and Theory*, 15, 177-187.
- Walach, H., Rilling, C., & Engelke, U. (2001). Efficacy of Bach-flower remedies in test anxiety: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover. *Journal Anxiety Disorders*, 15(4), 359-366.
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison. Ironic Mental Control Processes. *Psychological Science*, 8(3), 148-150.
- Wegner, D. M., & 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., & White, T.I. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wegner, D.M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Weingarten, H. P., & Elston, D. (1991). Food cravings in college population. *Appetite*, 17, 167-175.
- Whalley, B., & 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., & Hyland, M. E. (2008). The development of a scale to measure the experience of spiritual connection and the correlation between this experience and values. *Spirituality and Health International, 9*, 193-217.
- Wild, T. C., Kuiken, D., & Schopflocher, D. (1995). The role of absorption in experiential involvement. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(3), 569–579.
- Wing, R.R., Blair, E.H., Epstein, L.H., & McDermott, M. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normalweight subjects: A possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychology, 9*, 639-700.
- Wott, C.B., & Carels, R.A. (2010). Overt Weight Stigma, Psychological Distress and Weight Loss Treatment Outcomes. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 608-614. doi:10.1177/1359105309355339.
- Wundt, W. (1892). *Hypnotismus und suggestion*. Leipzig: Engelmann.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry, 65*(1), 29–36.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Fecha:

Nombre completo del participante:

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

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 2

Entrevista Inicial

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

Nivel Educativo: Ocupación:

Estatura: Peso Actual: IMC:

Enfermedades Crónicas:

1. ¿Está llevando a cabo actualmente alguna dieta? Si no está llevando ninguna: ¿hace cuántos meses realizó la más reciente?
2. ¿Cuál método ha utilizado recientemente para perder peso?¹
3. ¿Cuál de las siguientes conductas es la que más contribuye a que gane usted peso?² (seleccionar una sola)
4. ¿Practica usted ejercicios regularmente?

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

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

Anexo 3

Entrevista de Seguimiento

ID Peso Actual: IMC:

1. ¿Puede controlar sus pensamientos relacionados con la comida? (de -3 hasta 3 puntos; donde -3=peor que antes 0=igual que antes)

1.1 ¿El tratamiento llevado a cabo ha contribuido a ello? (0=nada 2-4=en cierta medida 5-7=en una medida considerable 8-10= le atribuyo toda la responsabilidad)

2. ¿Puede controlar sus ansias de comer? (de -3 hasta 3 puntos)

3. ¿El tratamiento llevado a cabo ha contribuido a ello? (0-10)

4. ¿Quisiera seguir realizando el tratamiento? (1= Sí, 2= No, 3= No estoy seguro)

Anexo 4

FTSu

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, teniendo en cuenta la siguiente escala:

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

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

Anexo 5

BW/SThSI

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, teniendo en cuenta la siguiente escala:

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

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

Anexo 6

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

1. Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre.
2. Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que empiezo no puedo parar de comer.
3. A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo control y como demasiado.
4. Detesto no poder resistir la tentación de comer.
5. Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar cómo voy a conseguirlo
6. No hago más que pensar en la comida.
7. A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas.
8. A veces me encuentro pensativo preocupado con comida.
9. Como para sentirme mejor.
10. Algunas veces, mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece.
11. Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas.
12. Siento deseos intensos de comer cuando my estómago está vacío.
13. Siento como que mi cuerpo me pidiera ciertas comidas.
14. Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo.
15. Cuando como lo que deseo me siento mejor.
16. Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido.
17. Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable.
18. Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer.
19. El comer me tranquiliza.
20. Siento deseos de comer cuando estoy aburrida, enfadada, o triste.
21. Después de comer no tengo tanta ansiedad.
22. Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla.

23. Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto como pueda.
24. Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente.
25. No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer lo que se me antoja.
26. Una vez que me pongo a comer tengo problemas en dejar de comer.
27. Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer.
28. Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer.
29. Si me dejo llevar por la tentación de comer pierdo todo mi control.
30. A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierto y estoy soñando en comer.
31. Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que me la como.
32. Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionado con comer lo que deseo.
33. A menudo deseo comer cuando siento emociones fuertes.
34. Cada vez que voy a un banquete termino comiendo más de lo que necesito.
35. Para mi es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance.
36. Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, yo también me paso.
37. Comer me alivia.
38. Cuando estoy muy estresada me entran deseos fuertes de comer.
39. Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada.

Anexo 7

LOT-R: Las siguientes preguntas se refieren a cómo Usted ve la vida en general. Después de cada pregunta, díganos, si Usted está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas—solo nos interesa su opinión: **5** = de acuerdo completamente; **4** = de acuerdo parcialmente; **3** = ni de acuerdo ni en desacuerdo; **2** = parcialmente en desacuerdo; **1** = completamente en desacuerdo

1. En tiempos de incertidumbre, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor.
2. Me es fácil relajarme.
3. Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) que me pasará.
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro.
5. Yo disfruto de mis amistades.
6. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera.
7. Para mí, es importante estar siempre ocupada(o).
8. No espero que cosas buenas me sucedan.
9. En general, yo pienso que más cosas buenas que malas me van a suceder.

Anexo 8

Su: 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.

1. La opinión de los demás cuenta mucho para mí.
2. Puedo imaginar cosas de forma clara y nítida.
3. Es fácil para mí contagiarme del estado de ánimo de otros.
4. Me suelen afectar las películas de terror.
5. Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto.
6. Soy una persona impresionable.
7. Tengo facilidad para concentrarme en la tarea que esté realizando.
8. Sueño despierto/a.
9. Las películas emotivas me hacen llorar fácilmente.
10. Tiendo a creer lo que me dicen los demás.

Anexo 9

SCQ-14: A continuación se muestra una lista de afirmaciones acerca de vivencias espirituales. Por favor, muestre en qué medida estas afirmaciones le describen utilizando la siguiente escala: “No me describe” -3 -2 -1 0 1 2 3 “Me describe”. Por ejemplo, si la afirmación le describe en grado extremo, seleccione el número 3 o si solo le describe ligeramente, seleccione el número 1. No pase demasiado tiempo pensando su respuesta, ofrezca la primera que pase por su mente. No existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Mi espiritualidad hace que la vida sea buena para mí.
2. No siento una conexión espiritual con el mundo que me rodea.
3. En ocasiones siento que otras personas “brillan con una luz interna”.
4. Nunca he tenido una experiencia espiritual que haya cambiado mi vida.
5. En la vida existe un “plan mayor”.
6. No siento que exista una forma de energía que mantenga a las personas unidas.
7. Siento que tengo una fuerza espiritual interna.
8. No tengo ninguna relación con algún poder que me trascienda.
9. Siento una fuerza interna proveniente de la conexión espiritual con otras personas.
10. La espiritualidad no es importante para mí.
11. Me siento siempre protegido por una fuerza superior.
12. Nunca tendré un vínculo espiritual con otra persona.
13. Mi conexión con las cosas espirituales me hace feliz.
14. No me siento conectado con el universo de ninguna manera espiritual.

Anexo 10

SVS-R: Al leer la siguiente escala, usted debe responderse: ¿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 (diplomacia, autodisciplina, mostrar respeto, obediencia)
2. Tradición (respetar las costumbres, moderación, humildad, aceptación, devoción)
3. Benevolencia (lealtad, honestidad, servicial, responsable, compasivo)
4. Universalidad (igualdad, pacifismo, ecologismo, sabiduría, estética, justicia social)
5. Autodirección (libertad, creatividad, independencia, curiosidad)
6. Estimulación (una vida excitante, llena de retos, cambios y aventuras)
7. Hedonismo (placer, disfrute, ocio y autoindulgencia)
8. Logro (trabajo duro, tener influencias, aspiraciones, capacidades, éxito)
9. Poder (dominio, bienes materiales, autoridad, prestigio)
10. Seguridad (seguridad y orden social, nacional y familiar; reciprocidad, transparencia)

Anexo 11

CD- RISC: Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si una situación en particular no le ha ocurrido, responda de acuerdo a 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”.

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 el lado cómico de ellos.
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, se 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.

