

*Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas
Facultad de Psicología*



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

Título: “El control de las ansias y la supresión de
pensamientos relacionados con la comida”.

Autora: Sady Alarcón Coteló

Tutor: MsC. Boris C. Rodríguez Martín

*Santa Clara
2012*

“El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad”.

Víctor Hugo.

“...Hay un lazo invisible que nos une,
una complicidad que nos delata.
Tal vez está zurciendo mi tristeza,
espejo que me inventa la belleza,
mujer de mi raíz y mi certeza...”

A quien espanta todas mis tormentas, quien lucha más allá de lo
imposible y alivia todos mis males con su sola presencia.

A quien me ha dedicado su vida entera y más...

Mi madre.

A lo primero en mi vida, mi familia, sin ustedes no sería quien soy hoy:

- A mi abueli porque se que aun hoy estas junto a mi, por todo el amor que me diste, por consentir hasta los deseos que nunca llegué a pedir. Te necesito tanto.
- A mi abuelo, por su encantadora paciencia y por mostrarme, desde pequeña, la verdadera nobleza del ser humano. Te extraño mucho.
- A mi única tía y la que más quiero, por su apoyo incondicional, por estar siempre cerca mí. Por darme todo lo que está a su alcance, y lo que no también. Porque cuando se trata de mi, no hay imposibles.
- A Pipa por su disposición incansable, por ser mi papá-tío, el mejor del mundo. Por tener su taeta y su corazón siempre pendientes de mi.
- A ti Primi de mi corazón, por ser mi hermanita menor, mi cómplice en todo, por nuestra bella niñez , porque haces tuyos mis problemas y me entiendes mejor que nadie. Te adoro.
- A Greisy por impulsarme un día a llegar hasta aquí, aunque nunca te lo dije fueron tus palabras las que definieron mi decisión. Gracias por la seguridad.
- A mi prima querida Lissi, por esperar tanto los domingos y por tus ocurrentes pregunticas que me hicieron pensar tanto.
- A Ramón, por hacer tantos merengues los domingos, por respetar mi privacidad y por someterse a todos mis caprichos.

A Boris, por su confianza y dedicación absolutas, por tantas atenciones y preocupaciones, por darme tanta seguridad y por tener siempre una luz en sus manos y una sonrisa en su rostro. Por enseñarme a valorar cosas de mí que no conocía.

A las grandes amigas que descubrí tan tarde, por todo lo que significan en mi vida, porque sé que las tengo para siempre, por todo lo que me enseñaron en tan poco tiempo. Gracias Isis por tu bondadosa justicia, gracias Ángela por tu eterna alegría, gracias Liset por trasmitirme tanta seguridad, gracias Lizi por tu fuerza y comprensión.

A Jarvin, por estar siempre ahí para mi, por ayudarme incluso cuando no lo pedí. Siempre serás mi paciente favorito.

A ti, por enseñarme que soy más valiente y más débil de lo que imaginaba.

A Linet por cumplir lo que nos prometimos, a pesar de estar en dos mundos distintos. Porque seguimos siendo las mismas, te quiero mucho Line, esto no acaba aquí.

A las niñas del cuarto, por todo lo que compartimos juntas. Y especialmente a: Yaima, Martica, Sheila, Leslie, Dayana, Rosy y Yany por brillar siempre hasta el final, están en mi corazón.

A Yariel por darme la posibilidad de conocer a tan bella persona.

A Javier y a Tití porque sin saberlo me ayudaron mucho.

A todas aquellas personas que brindaron su consentimiento y su tiempo para participar en esta investigación.

A mis profesores, por ayudar a forjarme profesionalmente.

La presente investigación fue desarrollada entre los meses de Enero y Junio del 2010 en la Farmacia Homeopática de la ciudad de Santa Clara y el Centro de Bienestar Universitario de la UCLV. Tuvo como objetivo general evaluar los efectos de una fórmula compuesta por Remedios Florales de Bach (BFRs), como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda (GA) para el control de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida en individuos con sobrepeso. El enfoque de investigación fue cuantitativo, siendo un estudio explicativo, con un diseño experimental de series cronológicas múltiples.

La muestra quedó conformada por 54 participantes con sobrepeso, con una media de edad de 40 (DE=14) años. Luego de la evaluación inicial (LB) fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: un grupo de estudio (G-BFRs, n=27) y un grupo de control (GA, n=27). La investigación se estructuró en tres etapas fundamentales correspondientes a la LB y seguimientos durante uno y tres meses respectivamente.

Los principales resultados obtenidos mostraron que la fórmula compuesta por BFRs no contribuyó sustancialmente a potenciar los resultados de la GA para la mayor parte de las variables evaluadas y su efecto fue negativo sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida. De forma general, ambas propuestas fueron efectivas para el control de los pensamientos intrusos y las ansias de comer; mientras que fue solamente la Guía de Autoayuda aquella que mostró resultados positivos y sostenidos sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida a través del tiempo.

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

This research was conducted between January and June 2010 in the Homeopathic Pharmacy of Santa Clara city and the University Welfare Center at UCLV. The overall objective was to evaluate the effects of a formula composed of Bach Flower Remedies (BFRs), as an additional resource to the application of a Self-Help Guide (GA) for controlling intrusive thoughts and food craving in individuals with overweight. The research approach was quantitative, being an explanatory study with an experimental design of multiple chronological series.

The sample consisted of 54 participants with overweight, with 40 years old (SD=14) as the average age. After the initial assessment (LB) two groups were randomly assigned: a study group (G-BFRs, n=27) and a control group (GA, n=27). The research was structured in three main stages corresponding to the initial assessment (LB) and monitoring for one and three months respectively.

The main results showed that the formula composed of BFRs did not contribute substantially to favor the results of the Self-Help Guide for the majority of the evaluated variables and its negative effects on the food-related thought suppression. Generally, both proposals were effective to control intrusive thoughts and food cravings, as it was only the Self-Help Guide that showed positive and sustained results on the food-related thought suppression over time.

Keywords: Food craving, Intrusive thoughts, thought suppression, Bach Flower Remedies (BFRs), Self- Help.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I: Marco Referencial Teórico	5
1.1. El sobrepeso y la obesidad, una epidemia global.	5
1.1.1. Causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.....	6
1.1.2. Variantes para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la actualidad. 8	
1.2. Los pensamientos intrusos relacionados con la comida y las ansias de comer. 10	
1.2.1. Las emociones en las ansias de comer.....	11
1.2.2. Aspectos cognitivos de las ansias de comer.	14
1.3. Estrategias cognitivas para el control emocional.	15
1.3.1. La supresión de pensamientos.	17
1.4. Efectos de la autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias de comer.	23
1.5. Las esencias florales como alternativa terapéutica.	26
Capítulo II: Marco Referencial Metodológico	28
2.1. Diseño metodológico de la investigación.....	28
2.1.1. Enfoque de investigación.	28
2.1.2. Tipo de investigación.	28
2.1.3. Diseño de la investigación.	29
2.1.4. Selección de la muestra.	30
2.2. Descripción de las técnicas empleadas:.....	31
2.3. Procedimiento:	35
2.4. Definición y operacionalización de las variables:	36
2.5. Procedimientos estadísticos:	37
Capítulo III: Análisis de Resultados	38
3.1. Características generales de los grupos asociadas al sobrepeso.....	38
3.2. Efecto de la intervención sobre las ansias de comer y su supresión.....	39
3.3. Efectos de la intervención sobre supresión, control y reacciones a los pensamientos intrusos.....	42
3.4. Medida de efectividad según el criterio de los participantes.	45
3.5. Discusión de resultados.....	46
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexos	64

Introducción

En la actualidad son muchos los tratamientos que se han implementado para combatir el sobrepeso y la obesidad, pues este constituye un problema de salud que afecta a la población en todo el mundo (Morales & Coca, 2010). Aunque existen muchas variantes de tratamiento, entre las que figuran aquellas que combinan dieta, ejercicio físico y tratamiento conductista, las que utilizan suplementos dietéticos, y las intervenciones psicológicas (Arrebola et al., 2011; Chiou, Yang & Wan, 2011); diversos estudios coinciden en que el punto débil de estos tratamientos radica en su efectividad a largo plazo (Jason, Hayes & Levin, 2011). Así el principal reto en los contextos clínicos está vinculado a la prevención de esta enfermedad, pues los tratamientos existentes no ofrecen la estabilidad necesaria en la adopción y sustento de estilos de vida saludables que impidan la epidemia del sobrepeso y la obesidad (Laddu, Down, Hingle, Thompson & Going, 2011).

Uno de los mayores retos que enfrentan los individuos con sobrepeso y obesidad es mantener la estabilidad de estilos alimenticios saludables, que a su vez implica en la mayoría de los casos, la necesidad de disminuir el consumo de alimentos (Hurt, Frazier, McClave & Kaplan, 2011). Entre los principales obstáculos para vencer este reto se encuentra la invasión recurrente de pensamientos y deseos relacionados con la comida; ante los cuales sucumben las personas frecuentemente, provocando así el consumo innecesario de alimentos con el consiguiente aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) (Erskine, 2008). Así estos impulsos y deseos se convierten en cómplices del sobrepeso y pueden además, provocar interferencias en la actividad cognitivo y/o conductual del individuo, consumiendo una gran cantidad de recursos cognitivos (Luciano, 2006; Soetens, Braet, Dejonckheere & Roets, 2006; Kemps & Tiggemann, 2010).

En los intentos por tratar de controlar conscientemente este tipo de pensamientos intrusos y ansias relacionadas con la comida, es muy común el empleo de la supresión de pensamientos (Peterson, 2008; Barnes, Fisak & Tantleff-Dunn, 2009; Barnes & White, 2010). Sin embargo, aunque esta estrategia cognitiva de regulación emocional puede tener algunas probabilidades de efectividad atenuando de manera transitoria el malestar, a

largo plazo su efecto tiende a ser desfavorable afectando de manera contraproducente al individuo (Luciano, 2006; Erskine, 2008). De ahí la necesidad de encontrar nuevas vías para el control de estas ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.

En este sentido las Guías de Autoayuda constituyen una modalidad de tratamiento complementaria que se ha expandido últimamente, trascendiendo los fines comerciales (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010). Su empleo en la práctica clínica, para tratar algunos trastornos de la alimentación, ha alcanzado resultados alentadores con la inclusión en los manuales de procedimientos cognitivos-conductuales (NICE, 2004; Sánchez-Ortiz & Schmidt, 2010; Sysko & Walsh, 2008).

La brevedad de este tipo de intervenciones le proporciona ventajas en cuanto a su factibilidad y accesibilidad, contribuyendo así a disminuir los costos en comparación con otros tratamientos (Birchall & Palmer, 2002). Al mismo tiempo ofrece la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento de manera independiente, venciendo con su implementación la escasez de profesionales de la salud capacitados para brindar estos servicios (Wilson & Zandberg, 2012).

Otra alternativa complementaria que se ha incrementado en los últimos tiempos es el empleo de los Remedios Florales de Edward Bach (BFRs), a raíz del auge que ha tomado la Medicina Complementaria Alternativa (CAM). Desde el punto de vista académico los BFRs han sido utilizados en contextos clínicos reales para realizar estudios a largo plazo considerándolos como placebos éticos. Mas, aunque se ha planteado que sus efectos no son mayores que los del placebo (Ernst, 2010; Halberstein, Shirkin, & Ojeda-Vaz, 2010; Thaler, Kaminski, Chapman, & Gartlehner, 2009) han sido denominados como efectivos placebos (Walach, Rilling, & Engelke, 2001).

El grupo de 38 esencias individuales extraídas de flores silvestres entran en un esquema contextual (Whalley & Hyland, 2009) como catalizadoras de un proceso de aprendizaje y cambio que conducen a la curación del paciente (Rodríguez, 2009). Por tanto, los Remedios Florales de Bach, concebidos como placebos aportan beneficios al proceso curativo desde el punto de vista

emocional, dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Méndez, 2010).

Dada la prevalencia y el ascenso continuo de los índices de sobrepeso y obesidad en la población mundial, estas alternativas complementarias cobran mayor importancia en la prevención y el tratamiento de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida. Pues este problema de salud se ubica ya, entre las 10 principales causas de la mortalidad global e implica consecuencias devastadoras al estar asociada a un gran número de enfermedades (Hurt et al., 2011). Partiendo de estos presupuestos en la presente investigación se propone abordar la siguiente problemática:

Problema científico: ¿Cuáles son los efectos de una fórmula compuesta por BFRs, como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida en individuos con sobrepeso?

Objetivo general: Evaluar los efectos de una fórmula compuesta por BFRs, como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida en individuos con sobrepeso.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir las características asociadas al incremento del peso para ambos grupos de la muestra estudiada.
- ❖ Identificar las particularidades del efecto de la fórmula compuesta por Remedios Florales de Bach, como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda.
- ❖ Analizar el efecto global de ambas propuestas de intervención.

Hipótesis: La utilización de una fórmula compuesta por BFRs, como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida en individuos con sobrepeso, potencia los resultados de la Guía incrementando su efecto.

La novedad científica de esta investigación radica esencialmente, en la posibilidad que ofrece para valorar el alcance y la contribución de los BFRs sobre la Guía de Autoayuda, en función del control de las ansias y los pensamientos intrusos relacionados con la comida en individuos que presentan sobrepeso. Además brinda la oportunidad de implementar una alternativa complementaria, que comprobada su efectividad, constituiría una herramienta útil a disposición de los médicos, psicólogos y demás profesionales vinculados a la práctica clínica.

La memoria escrita de esta investigación está estructurada en tres capítulos, además de ofrecer conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En el primer capítulo se presenta una revisión bibliográfica permitiendo exponer los principales fundamentos teóricos que sustentan el estudio. Para la elaboración del mismo se tuvieron en cuenta los siguientes pasos: detección de la literatura, obtención y consulta de la misma, así como extracción y recopilación de la información de interés.

En el segundo capítulo se define la metodología bajo la cual se efectúa la investigación, el diseño de la misma, los criterios para la selección de la muestra, así como las técnicas y procedimientos estadísticos a emplear para dar respuesta a la problemática.

Por último, en el tercer capítulo se analizan y exponen los resultados obtenidos en los instrumentos utilizados respondiendo, de forma integradora, al problema científico y los objetivos planteados en la presente investigación.

Capítulo I: Marco Referencial Teórico.

1.1. El sobrepeso y la obesidad, una epidemia global.

En la actualidad son cada vez más crecientes los problemas de salud que enfrenta la población a nivel mundial. Entre los más comunes y prevalentes se encuentra la obesidad que, unida al sobrepeso, ya es calificada como una de las mayores epidemias de salud en el mundo.

Se ha registrado la existencia de un billón de adultos con sobrepeso u obesidad en el mundo, de los cuales 300 millones se diagnostican clínicamente con obesidad. Además estudios del National Health and Nutrition Examination Survey evidencian que ha aumentado la prevalencia desde el período 1988-1994 donde alcanzó un 55.9% hasta llegar al 66.3% durante los años 2003-2004. De mantenerse esta tendencia los especialistas estiman que para el 2015 en el mundo padecerán sobrepeso cerca de 2,3 millones y serán obesos alrededor de 700 millones de personas (Morales & Coca, 2010).

Las proporciones epidémicas de la obesidad y el sobrepeso se evidencian no sólo en países desarrollados sino también en países de economía en transición. Los datos estadísticos de James, 2004 (citado en Hurt et al., 2011) evidencian una prevalencia del 40% en adultos de 45-59 años en la mayoría de los países del Norte, Centro y Sur América, Europa, y de Oriente Medio.

En nuestro país según indicadores antropométricos de la evaluación nutricional realizada (Díaz et al., 2005) durante la Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Afecciones Crónicas no Transmisibles de la Población Cubana, se detectó con sobrepeso el 29.7% de los hombres y 31.5% de las mujeres, presentando obesidad el 7.95% y el 15.4% respectivamente. Incluyendo que alrededor de la cuarta parte de la población exhibe un patrón de adiposidad superior relativo a la distribución de la grasa corporal.

Salas-Salvadó et al. (2007) describe la obesidad como “una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal” (p.184).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud y los Institutos Nacionales de Salud determinan la obesidad y el sobrepeso a partir del índice de masa corporal (Hurt et al., 2011), las clasificaciones identifican el bajo peso (IMC <18.49 kg/m²), peso normal (IMC de 18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (IMC de 25.0 a 29.9 kg/m²), la obesidad clase I (ICM de 30.0 a 34.9 kg/m²), la obesidad de clase II (IMC de 35.0 a 39.9 kg/m²), y la obesidad clase III (IMC>40,0 kg/m²). Esta última también ha sido denominada como mórbida, grave u obesidad extrema.

1.1.1. Causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.

Estudios realizados plantean como causas de la obesidad contextos donde existen alimentos con alta densidad de energía acompañados de escasa actividad física, especialmente en individuos con una disposición genética que los hace susceptible a padecer esta enfermedad (Hurt et al., 2011). Así, estos autores la catalogan en la actualidad como una enfermedad heterogénea con diferentes subtipos, que supone una interrelación entre ambos factores, los genéticos y los ambientales.

Con respecto a los genéticos afirman (Hurt et al., 2011) que la obesidad se asocia con aproximadamente 25 síndromes genéticos y que más de 30 variantes poligénicos, resultado de un grupo de genes variantes (alelos) que influyen en el peso del cuerpo, constituyen gran parte de los casos de obesidad contribuyendo a la regulación del peso.

Sin embargo, se cree que los factores genéticos por sí solos no son responsables de los altos índices de sobrepeso y obesidad que persisten actualmente. Estos se encuentran mediados por un medio ambiente obesógeno donde predominan vías de fácil y rápida obtención de alimentos ricos en energía y la tendencia hacia la disminución de oportunidades para la actividad física (Hurt et al., 2011).

Un ejemplo de esto lo constituye el elevado consumo de jarabe de maíz de alta fructosa, pues está comprobado que su ingestión durante 6 semanas aumenta los triglicéridos en un 32%, lo cual es comparable con una dieta de alto contenido en glucosa isocalórica. Asimismo las comidas rápidas poseen

mayores cantidades de los ácidos grasos de origen trans producidos industrialmente, estos tienen un mejor sabor y una más larga vida en comparación con otros tipos (Hurt et al., 2011).

En cuanto a la disminución de la actividad física como parte de este ambiente obesógeno, Williamson, 1993 (citado en Hurt et al., 2011) realizó una comparación con auto-reporte de los niveles de actividad física a los cambios de peso después de diez años. Los resultados evidencian que la probabilidad de una ganancia de peso importante (>13 kg) es mayor, después de diez años, en individuos con bajos niveles de actividad física que en aquellos que reportan medianos y altos niveles.

La predisposición genética aumenta cuando se combina con un entorno que favorece la obesidad (Hurt et al., 2011). Por esta razón las causas de la obesidad no deben ser entendidas como una simple variación entre el consumo de alimentos y los gastos de energía, sino como una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales.

En el año 2007 el Grupo Colaborativo de la SEEDO y otros autores declararon que la morbilidad asociada al sobrepeso y la obesidad se ha comprobado en muchas alteraciones de salud, entre las que cabe destacar: la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la dislipemia, la hipertensión, la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la colelitiasis, la osteoartritis, la insuficiencia cardíaca, el síndrome de apneas durante el sueño, algunos tipos de cáncer, alteraciones menstruales, la esterilidad y alteraciones psicológicas.

Según reportes de Hurt et al. (2011) su incidencia se encuentra vinculada con 60 tipos de enfermedades incluyendo 12 tipos diferentes de cáncer. Ubicándose junto al sobrepeso entre las diez principales causas de la mortalidad global.

También se ha afirmado que los riesgos de estas enfermedades asociadas a la obesidad, la convierten en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaquismo. Específicamente los pacientes con obesidad mórbida presentan un incremento de la mortalidad total y están expuestos a una gran estigmatización social y discriminación, pues en ocasiones este

trastorno mórbido no es considerado como una enfermedad (Salas-Salvadó et al., 2007).

1.1.2. Variantes para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la actualidad.

Con respecto a las estrategias de tratamiento para el sobrepeso y la obesidad, Hurt et al. (2011) sostienen que dichas estrategias se dificultan gracias a la naturaleza heterogénea que posee este problema de salud en los momentos actuales.

Algunos autores declaran (Salas-Salvadó et al.2007), que para tratar la obesidad los objetivos no deben ser los de alcanzar un peso ideal sino más bien lograr mantener a largo plazo pequeñas pérdidas de peso entre un 5-10% del peso inicial. Buscando así superar las comorbilidades asociadas a este trastorno y minimizar futuras complicaciones médicas.

Estudios realizados por Arrebola et al. (2011) proponen que una combinación de actividad física y dieta puede contribuir al incremento de la calidad de vida en varias esferas, incluyendo el ámbito físico y social. Sin embargo se ha comprobado que el impacto sobre la función mental no es tan relevante comparado con los otros ámbitos. Conjuntamente los estudios evidencian a corto plazo el efecto acertado de la pérdida de peso sobre la calidad de vida en relación a la salud.

Dicha investigación (Arrebola et al., 2011), realizada con un total de 60 pacientes con sobrepeso y obesidad no mórbida, para la evaluación de los efectos de un programa de modificación de estilo de vida centrado en la dieta, el ejercicio, y apoyo psicológico; reveló mejoras en los parámetros antropométricos (reducir su peso corporal del 7%, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, circunferencia de cintura) y en la calidad de vida relacionada a la salud.

Sin embargo los autores Jason et al. (2011) refieren: “los programas de pérdida de peso que incluyen dieta, ejercicios y tratamiento conductista típicamente producen pérdida de peso; sin embargo las altas tasas de degaste y pérdida de peso son raramente mantenidas” (p. 253).

Diversos estudios (Perri; Wadden; Sternberg; Letizia; & Stunkard, 1998; Foster, 1989; Wing, 1998 citados en Jason et al., 2011) coinciden en que en el primer año después del tratamiento las personas recuperan la mitad del peso perdido, y entre los tres y cinco años se ha recobrado o excedido el peso con el que se inició el tratamiento. Por otra parte existen evidencias en los estudios de Perri y Corsica, 2002 (citado en Jason et al., 2011) que a través del seguimiento a largo plazo se logra reducir cerca del 2% del peso inicial.

Otra de las vías utilizadas actualmente para controlar el peso son los suplementos dietéticos. No obstante se ha estudiado (Chiou et al., 2011) que la utilización de suplementos dietéticos va en detrimento del estado de salud, mostrando una relación asimétrica entre ambas variables. En este estudio se comprobó que los suplementos dietéticos confieren un sentido de invulnerabilidad que lleva a comportamientos perjudiciales para la salud, en particular se asoció con la tendencia a involucrarse menos en la práctica ejercicios y el aumento en la preferencia de los bufet ante la comida orgánica.

De esta forma es entendible la necesidad que impera en torno a la creación y desarrollo de tratamientos innovadores para el control del peso, permitiendo así no sólo fomentar estilos de vida saludables sino también evitar un gran número de enfermedades asociadas a la obesidad y el sobrepeso.

Aunque el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI, citado en Simkin-Silverman, Conroy & King, 2008) ha publicado líneas prácticas a fin de colaborar, con los médicos y otros profesionales de la rama, en el establecimiento de protocolos efectivos para el tratamiento del sobrepeso y obesidad; desde un perspectiva psicológica Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy, 2005 (citado en Green, Larkin & Sullivan, 2009), recomiendan que la intervención cognitivo-conductual se ofrecerá en combinación con dieta e intervenciones con ejercicios.

No obstante al igual que otras alternativas ha sido cuestionada la efectividad de las intervenciones psicológicas asegurando la recuperación del peso en el período del postratamiento entre el primer y el quinto año. En este sentido existen autores, como Green et al. (2009), quienes sostienen que existen aún

deficiencias en la comprensión de cómo la psicología puede contribuir con los tratamientos del sobrepeso y la obesidad.

También es reconocido en los estudios de Polivy y Herman, 2002 (citado en Green et al., 2009) que los continuos fracasos en la realización de las dietas pueden ocasionar frustraciones, estados de ánimos negativos como odio y sentimiento de culpabilidad que, a largo plazo, contribuyen al detrimento de la autoestima.

De manera general en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso la implementación depende de muchas variables que no son viables a la generalización para establecer modos de actuación. Es necesario tener en cuenta aspectos individuales entre los que se encuentran la edad, el IMC, la distribución de la grasa corporal, la existencia de comorbilidades y el sedentarismo, para diferenciarlas actitudes a adoptar ante el paciente con sobrepeso u obeso.

1.2. Los pensamientos intrusos relacionados con la comida y las ansias de comer.

Cotidianamente la mayoría de las personas experimentan pensamientos intrusos. Los mismos pueden provocar desde pequeños disturbios hasta dificultades más graves que comprometen la salud mental del individuo, en dependencia de las características personales y de las estrategias utilizadas para contrarrestarlos.

Los autores Clark y Rhyno, 2005 (citados en Luciano, 2006) al conceptualizar las intrusiones describen que estas se manifiestan tanto en pensamientos, imágenes como impulsos. Típicamente aparecen inesperada e involuntariamente en la conciencia, de forma repetida y recurrente, atribuyéndole un origen interno. Además se asocian a estados afectivos negativos por ser desagradables y unido a esto producen un alto nivel de egodistonia, ya que con frecuencia sus contenidos contradicen el sistema de creencias y valores del individuo. Pueden ser difíciles de controlar y acaparan fácilmente la atención consciente, interfiriendo así con la actividad cognitivo y/o conductual.

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

Otros como Cepeda-Benito, Gleaves, Williams y Erath, 2000; Cepeda-Benito, Fernández y Moreno, 2003; Cepeda et al., 2000 (citado por Rodríguez, Mata & Moreno, 2007) han definido el ansia como: “un estado motivacional que promueve la búsqueda de sustancias y la consiguiente realización de conductas de ingesta o consumo de esas sustancias, generalmente drogas o comida” (párr. 2).

En el caso del contexto de la conducta alimentaria Van der Ster Wallin, Norring y Holmgren, 1994 (citados en Rodríguez et al., 2007) afirman que el ansia por la comida se refiere al deseo o impulso de consumir un alimento en específico.

Igualmente Kemps y Tiggemann (2010) plantean que: “Específicamente los antojos de alimentos se refieren a un intenso deseo o necesidad de comer un alimento en particular, no comida en general, y a menudo ocurre en ausencia de hambre” (p.86).

Aunque se conoce que estas ansias de comer no siempre son patológicas (Luciano, 2006), pues mayormente desaparecen los pensamientos indeseados provocando pequeños disturbios; ha sido comprobada su acción como detonadores de episodios de atracones que conllevan a la presencia de la obesidad y de otros trastornos alimenticios. Además los pensamientos intrusos asociados a estas ansias de comer se pueden identificar relacionados con síntomas de algunos trastornos mentales, entre los que se encuentran: el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el insomnio, la depresión y muy especialmente, del trastorno obsesivo-compulsivo.

1.2.1. Las emociones en las ansias de comer.

Además de que constituyen una barrera tanto para la pérdida de peso como para la adherencia al tratamiento, los atracones de comida se pueden entender

como una forma de evitación experiencial. Dicha evitación experiencial constituye según Hayes et al., 2004 (citado en Lillis, Hayes & Levin, 2011) “la tendencia para probar y cambiar o evitar pensamientos negativos indeseados, emociones, o sensaciones corporales, aun cuando hacerlo produce daño” (p. 253).

Igualmente, varios estudios (Lillis et al., 2011) coinciden en que los atracones de comida constituyen conductas extremas donde la persona come de manera desinhibida e incontrolada. También puede ocurrir como una forma de respuesta ante estados emocionales entre los que se encuentran la ansiedad, la depresión o el aburrimiento. Así las emociones negativas pueden constituir una respuesta que estimula la tendencia a comer en exceso.

En este sentido Cepeda-Benito y Gleaves, 2001 (citado en Rodríguez et al., 2007) destacan la explicación de los modelos homeostáticos en la causalidad de las ansias de comer, afectando estas la conducta alimentaria mediante reforzamiento negativo, es decir, evitando estados aversivos como pueden ser el hambre o estados de ánimo negativos.

En un estudio realizado, Evers et al. (2010) destacan la idea acerca de la existencia del comer emocional en varios grupos de personas. Así ejemplifican que algunos autores, entre los que se encuentran Polivy, Armando, y McFarlane (1994) explican como las personas que realizan dietas crónicas y que se pueden identificar como comedores moderados, parecen ser susceptibles a comer al enfrentar eventos emocionales negativos. Asimismo revelan que Newman, OhConnor y Conner (2007) y Nguyen, Rodríguez, Chou, Unger y Spruijt-Metz (2008) observaron esta reacción en individuos poco moderados que son saludables.

Otra de las explicaciones teóricas entorno a las ansias de comer es la que postula Wurtman, 1979 (citado en Vélez, 2003) conocida como la teoría de la adicción a los carbohidratos, que explica como el consumo de algunos hidratos de carbono influyen en el estado de ánimo mediante su acción en el sistema límbico. De esta forma al ausentarse la estimulación por medio de estos alimentos, se producen secuelas de abstinencia (*cravings*), haciendo que la

persona con pérdida de control vuelva a buscar la ingestión de estos alimentos, fortificándose así las conductas adictivas.

Por otra parte Hollis, 1985 (citada en Vélez, 2003) plantea que la elevada ingestión de estos alimentos produce además un aumento de la insulina y el mantenimiento de este consumo adapta al organismo a la producción de altos niveles de insulina. Así una vez que se reducen estos alimentos el organismo experimenta la abstinencia provocando la sensación de hambre que en ocasiones se acompaña de pensamientos intrusos con intensidad creciente, causando la pérdida de control en la alimentación.

Otros autores (Evers et al., 2010) describen algunas teorías a fin de explicar el mecanismo psicológico de esta tendencia a comer demasiado en situaciones emocionales. Dichas teorías coinciden en que los individuos vivencian estados afectivos negativos sobre los cuales no tiene una regulación adecuada antes de comenzar a comer en exceso. De esta forma tienden a emplear estrategias (como los *atracones*) fácilmente accesibles, pero que pueden ser muy desadaptativas. Esto sugiere que el problema de comer en exceso, está más relacionado con la ausencia de estrategias disponibles para regular la adaptación a estas emociones, que con la experimentación de emociones negativas en sí misma. Así por ejemplo Heatherton y Baumeister (1991) opinan que el atracón funciona como un medio para evitar aspectos negativos de la conciencia de sí mismo, pues la atención se focaliza en los sucesos inmediatos del ambiente dándole al individuo la oportunidad de escapar. Sin embargo esta atención centralizada también produce desinhibición aumentando la probabilidad de que ocurran episodios de atracones. Otra de las alternativas para explicar las conductas es que el comer eleva las emociones positivas, especialmente por las cualidades (el sabor, el olor, la textura) y la calidad de la comida. Por último la teoría del enmascaramiento de Herman y Polivy (1988) plantea que existe una tendencia a mal atribuir el estrés al comer en exceso para distraer el origen de la angustia percibida.

Se ha encontrado evidencia con respecto a esta correlación entre las vivencias emocionales negativas y el subsiguiente aumento en el consumo de alimentos. Así lo ejemplifican algunos estudios (O' Connor, Jones, Conner, McMillan, &

Ferguson, 2008; Oliverio, Wardle, & Gibson, 2000 citados en Evers et al., 2010), en los cuales se comprobó que individuos que se reportan estresados comieron más que aquellos que son poco emocionales. Sin embargo en los estudios de Evers, Ridder y Adriaanse, realizados en 2009 (citado en Evers et al., 2010) no se encontró tal relación.

1.2.2. Aspectos cognitivos de las ansias de comer.

Por su parte las teorías cognitivas establecen (Tiffany 1990; 1995 citado en Rodríguez et al., 2007) que el ansia por la comida es un proceso intencional no automatizado, el cual surge tanto, cuando al individuo se le imposibilita la ingestión de alimentos debido a las condiciones del ambiente, como cuando es el propio individuo quien trata de evitar el consumo de alimentos.

Kemps y Tiggemann (2010) afirman que, desde el punto de vista cognitivo, las imágenes son un componente importante en los antojos de alimentos. Estos han sido inducidos de manera exitosa ante la tarea de recrear mentalmente alimentos por ejemplo, imaginar su comida favorita. Luego otras investigaciones (Harvey, Kemps & Tiggemann, 2005 citado en Kemps & Tiggemann, 2010) encontraron hallazgos acerca de la relación entre la intensidad del deseo y la intensidad del escenario imaginado.

Con respecto a esto los estudios (Kemps & Tiggemann, 2010) coinciden en la idea sobre el predominio, en estas imágenes, de las modalidades olfativas y visuales sobre las auditivas. Además añaden que las imágenes utilizan el mismo recurso cognitivo empleado en otras tareas de naturaleza cognitiva, esto ha sido comprobado por ejemplo en estudios de doble tarea donde se realiza la generación aleatoria de números del 1 al 10 mientras se rotan objetos mentalmente.

De esta manera se coincide con estos autores, pues al parecer es acertada la idea de que las imágenes mentales como centro de los antojos de alimentos conducen a recursos cognitivos, interfiriendo con el desempeño de determinadas tareas y actividades, desde el punto de vista cognitivo, cuando aún no han sido satisfechos los antojos de alimentos. Esta explicación concuerda con algunos modelos teóricos contemporáneos sobre el deseo

como son: la teoría elaboración- intrusión (Kavanagh et al., 2005), la teoría incentivo-prominencia (Robinson & Berridge, 1993) y el modelo cognitivo de ansia por la droga propuesto por Tiffany en 1990.

1.3. Estrategias cognitivas para el control emocional.

Aun cuando la regulación de las emociones negativas es un tema que ha sido muy tratado en los últimos tiempos, quedan muchas interrogantes en relación a las estrategias que las personas utilizan en diferentes situaciones, pues las investigaciones anteriores han focalizado su atención en los efectos de las estrategias y no en el proceso de selección de las mismas.

En este sentido Metcalfe y Mischel, 1999 (citado en Quinn, Pascoe, Wood & Neal, 2010) plantean que en el logro del adecuado control juega un papel esencial la estrategia específica que se tiende a usar para reprimir la respuesta indeseada.

Además se ha estudiado (Sheppes, Scheibe, Suri, & Gross, 2011), en cuanto al control de las emociones, que la intensidad de las mismas está relacionada con el tipo de estrategia que las personas seleccionan para regularlas. Así en situaciones que involucran emociones de baja intensidad puede ser óptima la revaloración, mientras que ante emociones de alta intensidad predomina el procesamiento de la distracción emocional.

Sin embargo es válido señalar la probabilidad, que en la selección de estrategias de autocontrol emocional interfieren otros factores además de la intensidad, entre ellos las metas de los individuos y la disponibilidad de recursos cognitivos. También es necesario tener en cuenta las diferencias individuales en las elecciones reguladoras y su influencia sobre la adaptación a largo plazo.

En este sentido Quinn et al. (2010) destacan la motivación como otro componente importante en el autocontrol. Sin embargo es reconocido, que simplemente el estar motivado no asegura que las personas puedan vencer con eficacia los estímulos tentadores en ambientes de actuación conflictivos.

Según investigaciones de dichos autores los hábitos demandan determinadas estrategias de autocontrol, pues la huella de estos en la memoria cambia lentamente y no es factible a la reinterpretación. Por lo que para controlar los hábitos es necesaria la inhibición de su actuación. En su estudio (Quinn et al., 2010) la estrategia de monitoreo vigilante identificada provee un punto de partida en relación a la forma de romper hábitos no deseados. Así la estrategia involucra la intensificación del foco atencional para asegurar que una respuesta específica no sea realizada.

No obstante estos investigadores aseveran que en la actualidad los estudios sobre estrategias de autocontrol están enfocados hacia las respuestas de tentaciones afectivas. Estas al igual que los hábitos se promueven mediante la automaticidad. Sin embargo en el caso de las tentaciones se produce la activación de factores viscerales como el hambre, sed o el deseo sexual, por lo que las estrategias para el control de la tentación no consisten en la inhibición sino en la distracción o en la eliminación del estímulo que la provoca. De esta forma el monitoreo vigilante no tiene probabilidad de ser una estrategia exitosa para tentaciones porque aumenta la atención sobre el estímulo tentador. Asimismo el control de estímulo no se considera valioso en el control de respuestas habituales no deseadas, dada la dificultad de identificar el estímulo desencadenante para los hábitos (Quinn et al., 2010).

Además agregan que la estrategia de distracción es igualmente inefectiva para los hábitos ya que estos pueden desencadenarse aun cuando las personas están distraídas. Y es efectiva en el control de la tentación principalmente cuando las personas enfocan su atención en un único pensamiento o actividad, evitando así la asociación del impulso no deseado a muchas características diferentes de su ambiente que pueden actuar como activadoras de la respuesta impulsiva (Quinn et al., 2010).

Específicamente aplicado al control de las ansias de comer Kemps y Tiggemann (2010), hipotetizaron sobre el hecho de que las tareas cognitivas puedan emplearse para reducir las ansias de comer. Para ello se distribuyeron aleatoriamente los participantes en las condiciones de imágenes visuales, olfativas y auditivas; dando como resultado la reducción de los antojos de

alimentos en las tareas visuales y olfativas pero no en la tarea auditiva. Además afirman que en otras investigaciones se ha comprobado como una simple tarea visual puede jugar un papel importante en el control de las ansias de comer.

1.3.1. La supresión de pensamientos.

En la vida cotidiana una de las estrategias más comunes usadas por los individuos (ya sean sanos o con algún trastorno mental) para controlar los pensamientos intrusos, entre ellos los relacionados con la comida, es la supresión de pensamiento.

Entre los antecedentes del término se puede citar a Freud quien desde principios del siglo pasado refiriéndose a la supresión y a la represión manifestó la presencia de ciertas defensas mentales “encargadas de expulsar al inconsciente aquellos pensamientos o recuerdos que resultan inaceptables o muy desagradables” (Luciano, 2006, p.9).

Sin embargo es fundamental la distinción entre estos mecanismos psicológicos. Los mismos se encuentran incluidos en el listado de mecanismos de defensa que aparece registrado en el Apéndice B de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002 citado por Luciano, 2006); donde se ubica la supresión en el nivel adaptativo elevado y la represión en el nivel de inhibiciones mentales. De esta forma la diferencia se establece claramente entre un mecanismo u otro por el grado de implicación de la conciencia; pues mientras que la función de la supresión radica en ejercer un control consciente y voluntario sobre contenidos mentales indeseados, desagradables e inoportunos; la represión lo hace de forma parecida pero desde lo inconsciente de forma involuntaria.

De esta forma el DSM-IV-TR define la supresión como el mecanismo psicológico a través del cual “el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar” (p. 906).

Consistente con esta definición se encuentra la opinión de Wegner, 1994 (citado en Soetens et al., 2006) describiéndola como “la tendencia para suprimir pensamientos específicos o rumiaciones irritantes, a favor de pensamientos más funcionales”. Además añade “es un intento en el control mental, un intento consciente para controlar procesos y contenidos psicológicos” (p. 656).

Sin embargo numerosas investigaciones han mostrado ciertas evidencias de que esta estrategia no es completamente exitosa, pues en ocasiones no produce el efecto esperado en el control de los pensamientos, imágenes o sentimientos indeseados e inoportunos.

Entre estos estudios se encuentran los hallazgos de Polivy y Herman, 1985 (citados en Luciano, 2006), indicando que cuando se realizan dietas y consecuentemente se tratan de evitar los pensamientos intrusos sobre la comida, comúnmente a medida que pasa el tiempo, se produce un aumento e intensificación de estos pensamientos.

Al mismo tiempo también se han demostrado otras repercusiones negativas de la supresión de pensamientos, por ejemplo: “La sensibilidad aumentada y la incomodidad para el dolor suave (Cioffi & Holloway, 1993), la respuesta disminuida (Petrie, Cabina & Pennebaker, 1998) del sistema inmunológico, los juicios parciales de personas (Macrae, Bodenhausen, Milne & Jetten, 1994) y la percepción reducida en llevar a cabo acciones simples (Wegner & Erskine, 2003)” (citados en Erskine, 2008, p. 415).

En este sentido es necesario hacer referencia a los estudios de Wegner et al., 1987 (citados en Luciano, 2006) quien investigó mediante dos experimentos las consecuencias de la supresión. En el primero se orientó la verbalización de pensamientos por cinco minutos mientras que los al mismo tiempo los participantes debían suprimir cualquier pensamiento relacionado con un oso blanco. Luego debían pensar en un oso blanco, tomándose en los dos casos la frecuencia de la supresión y del pensamiento haciendo sonar una campana. Mientras tanto en el otro grupo se invirtieron las órdenes, primero tenían que pensar en un oso blanco y después se orientaba suprimir ese pensamiento.

Los resultados plantearon que la supresión es una tarea difícil que provoca el mantenimiento del pensamiento suprimido en la conciencia. Además se produce una aceleración en la expresión de dicho pensamiento en el período posterior a la supresión.

En el segundo experimento se distribuyeron aleatoriamente los participantes en tres condiciones experimentales, las dos primeras fueron las mismas empleadas en el primer experimento y la tercera fue que si surgía el pensamiento del oso blanco debían reemplazarlo por otro pensamiento específico que indicaron los investigadores. Consistente con el primer experimento, los resultados demostraron que la supresión provoca efectos en los pensamientos de la postsupresión y específicamente en los participantes en la condición de distracción focalizada durante la supresión; además hubo una disminución importante de la frecuencia del pensamiento oso blanco en el período posterior a su supresión.

Estos hallazgos constituyen uno de los clásicos de la psicología en esta línea de investigación, demostrando el efecto rebote de la supresión en situaciones cotidianas. Más recientemente los estudios se han dedicado a conocer las repercusiones de la supresión tanto desde el punto de vista cognitivo como emocional.

Desde la perspectiva emocional McNally y Ricciardi, 1996 (citado en Soetens et...al, 2006) sostienen que cuando los pensamientos suprimidos poseen un valor emocional o cuando están vinculados con preocupaciones inmediatas para el individuo, existe un aumento en el efecto rebote de la supresión.

En relación a esto merecen mención los estudios de Muris, Merckelbach, Hout y Jong, 1992 (citados en Luciano, 2006) donde se indagó sobre el coste emocional de los pensamientos suprimidos. Para ello unos participantes debían suprimir pensamientos sobre una historia emocional y los otros de una historia neutra con similar duración y estructura gramatical. Los resultados destacaron la ausencia del efecto rebote en el primer grupo (historia emocional) mientras que en el segundo hubo un aumento de los pensamientos suprimidos.

Demostrando así que el valor emocional de los pensamientos influye en la efectividad de la supresión como estrategia cognitiva.

Específicamente en la investigación sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida Pupilo, Bulik y Johnston, 1996 (citado en Soetens et...al, 2006) declaran que en personas que realizan dieta, se dificulta aún más el intento de evitar la ingestión de alimentos utilizando la supresión. En este contexto Fedoroff, Polivy, y Herman, 1997; Shiv y Fedorikhin, 1999 (citados en Nordgren & Chou, 2011) describen que las pistas de comida pueden promover el impulso de comer, creando la atención selectiva hacia dichas pistas.

Relativo a este aspecto otros estudios (Veltkamp, Aarts, & Custers, 2008 citado en Nordgren & Chou, 2011) plantean que la tentación puede orientar la cognición hacia la acción impulsiva. Otros han mostrado el efecto opuesto de la tentación, convirtiendo las cogniciones de manera que promuevan el autocontrol. Así por ejemplo Fishbach, Friedman y Kruglanski (2003), construyeron metas de autocontroles más asequibles al impedir el paso hacia metas basadas en tentaciones.

Sin embargo a pesar de todas las investigaciones realizadas en torno al tema, Erskine (2008) opina que algunas cuestiones relativas a la supresión en la conducta han quedado relegadas. Aspecto este relevante pues frecuentemente la intención de la supresión está dirigida a evitar determinados comportamientos más que a evitar pensamientos indeseados. Por lo tanto cabría preguntarse si la supresión puede provocar rebotes conductistas que conduzcan a la práctica de aquellos comportamientos que se pretendían evadir.

Este autor investigó el rebote conductista sobre la supresión de pensamientos acerca del chocolate en un total de 134 participantes; los resultados demostraron un efecto rebote tanto en los participantes masculinos como en los femeninos, consumiendo significativamente más chocolate después de la supresión que participantes del grupo de control. Estos datos coinciden con el estudio de Johnston et al., 1999 (citado en Erskine 2008) quien sugirió que el

control de pensamientos acerca de chocolate puede conducir al aumento en el consumo del mismo.

Las conclusiones de este estudio contrastan con los resultados encontrados por Mann y Ward (2001). Estos últimos encontraron que no había efectos de la restricción de comida sobre el sucesivo comportamiento de comer, en discrepancia con Erskine (2008) quien halló que controlando los pensamientos acerca de la comida por supresión o expresión puede llevar a mayores posibilidades de comer en ciertas circunstancias. Evidenciando así, diferencias palpables del efecto rebote entre la supresión de pensamiento y la supresión de conducta.

A pesar de estos resultados vale señalar que el estudio de Mann y Ward (2001) no especifica que los participantes debían tratar de no pensar en la comida prohibida, sino que aclara que debían evitar comer la comida, no necesariamente evitar pensar en ella. Contrario al otro estudio (Erskine, 2008), donde fue claro que la condición de supresión no era de suprimir comportamientos sino estrictamente de suprimir los pensamientos. Esto sugiere una paradoja, parece ser que el control mental puede ejercer mayor efecto en el comportamiento que la prohibición conductista directa.

En torno al efecto rebote de la supresión existen dos principales modelos explicativos (Luciano, 2006), la teoría de los procesos irónicos y el modelo motivacional. La primera teoría postula que los efectos paradójicos están relacionados tanto con procesos conscientes como inconscientes, encargados de detectar fallos en el control mental. Por lo que al ser interrumpidos los esfuerzos conscientes, el proceso de control inconsciente provoca que se invierta el estado mental deseado.

En tanto, el modelo motivacional de Liberman y Förster, 2000 (citado en Luciano, 2006) propone que la expresión seguida de la supresión, disminuye la necesidad del individuo produciendo la inhibición entorno al contenido expresado. De lo contrario al impedir la expresión del contenido suprimido, se impedirá también su posterior inhibición y tendrá lugar el efecto rebote.

Los estudios citados anteriormente dan muestra de la abundante diversidad de paradojas que con respecto a este campo de investigación existen. Pues aunque en muchos se ha observado una evidente falla de la supresión traducida en el efecto rebote; otros (Behar, Vescio, y Borkovec, 2005; Roemer y Borkovec, 1994; Rosenthal y Follette, 2007; y Rutledge, 1998) no han hallado efectos irónicos. Lo mismo sucede en relación a investigaciones de laboratorio con muestras clínicas.

A pesar de estas contradicciones, se han logrado identificar la acción de la supresión en el alcoholismo, la depresión, el insomnio primario, la fobia a las arañas, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo. En esta dirección Luciano (2006) sugiere “estamos ante una línea de investigación caracterizada por resultados divergentes que no resulta fácil conciliar. Los efectos paradójicos de la supresión de pensamiento distan de ser un fenómeno universal y consolidado”. (p. 16)

Concernientemente se deriva el hecho de que numerosos investigadores se hayan dedicado a abordar las condiciones que deben darse para que la supresión sea efectiva o las que provocan sus fallos. Entre las condiciones tratadas se encuentran el tipo de estímulo a suprimir, la medida de las intrusiones del pensamiento, las características del pensamiento a suprimir, la relevancia personal, la valencia emocional, entre otras.

Asimismo se ha reconocido en la literatura que el éxito o fracaso de la supresión está sólidamente determinado por las diferencias individuales y por las técnicas utilizadas para la supresión.

Con respecto a las diferencias individuales Luciano (2006) señala algunas características distintivas identificadas como: una capacidad superior de memoria operativa e inteligencia fluida, la baja reactancia cognitiva y aquellas personas que son muy sugestionables en estado hipnótico. También incluye a las que presentan un complejo autoconcepto, a las que utilizan estilo de afrontamiento represivo y aquellas personas con niveles mínimos de obsesividad.

Relativo a las técnicas las investigaciones experimentales y correlacionales Salkovskis y Campbell, 1994 y Wegner et al., 1987 (citado en Luciano, 2006) destacan el valor de la distracción focalizada como una estrategia segura, adaptativa y conveniente.

De manera general se puede afirmar que la supresión tanto cognitiva como expresiva de los pensamientos y emociones perturbadores e indeseados, pueden tener algunas probabilidades de efectividad atenuando de manera transitoria el malestar. Sin embargo a largo plazo su efecto tiende a ser desfavorable afectando de manera contraproducente al individuo.

1.4. Efectos de la autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias de comer.

El Diccionario Enciclopédico (2009) plantea que la autoayuda consiste en la “Ayuda que una persona se presta a sí misma, basada en técnicas de psicología efectivas y superación personal para controlar la ansiedad, recuperar la autoestima, desarrollar la personalidad, lograr el éxito profesional”. Una conceptualización más amplia ofrecen Albarrán y Macías (2007) quienes la definen como la capacidad de la persona de aprender a través de la conciencia de sí mismo, aprovechar sus posibilidades de pensar, sentir y actuar, o sea, alcanzar un desarrollo y/o crecimiento personal. El propósito esencial es que la persona tome control de su situación, logrando la adecuada comprensión y conducción de su padecimiento, a través del fortalecimiento de las destrezas, recursos y potencialidades del individuo. La autoayuda contribuye además con la formación y mantenimiento de estilos de vida saludables que prevean las recaídas, favoreciendo así a la adherencia terapéutica con el consiguiente apoyo a la salud y bienestar del individuo.

De manera general las intervenciones de autoayuda funcionan a través del la utilización de manuales o protocolos de tratamiento con fines educativos, en los cuales además de brindar conocimientos sobre el trastorno en sí se pretende otorgar habilidades concretas para superarlo.

Existen diversas formas de intervención ya sea sencillas estrategias auto-dirigidas o aquellos tratamientos que requieren asistencia profesional como por

ejemplo la autoayuda guiada. En estos últimos el contacto puede ser cara a cara con el profesional, a través del teléfono o por medio de Internet. En particular los encuentros en persona se diferencian de la terapia psicológica tradicional teniendo en cuenta la cantidad y duración de las sesiones, así como su formato y contenido (Wilson & Zandberg, 2012).

Trascendiendo los fines comerciales que han invadido a los manuales de autoayuda, especialmente en sociedades de consumo, los procedimientos de autoayuda se han extendido como una alternativa complementaria en los contextos clínicos. Así su incorporación a los tratamientos médicos ha proporcionado apoyo en los servicios de atención a la salud de los pacientes, sobre todo para evitar retrocesos y agravamientos. En esta dirección varios estudios evidencian la efectividad y eficiencia de la autoayuda guiada para el tratamiento de algunos trastornos. Así lo revela un meta análisis de ensayos controlados aleatorios que comparó la autoayuda guiada con psicoterapias cara a cara para la depresión y la ansiedad, conteniendo la autoayuda no más de 12 sesiones con 20 minutos de duración cada una. Los resultados no mostraron diferencias significativas después del tratamiento o durante el seguimiento (Cuijpers et al., 2010).

Asimismo se ha demostrado la eficacia de las guías de autoayuda para tratar la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el trastorno alimentario no especificado; (NICE, 2004; Sánchez-Ortiz & Schmidt, 2010; Sysko & Walsh, 2008) no siendo así para la anorexia nerviosa, donde está contraindicado dado las implicaciones médicas especiales que necesita este tipo de trastorno. (Wilson, Vitousek, y Loeb, 2000). En este sentido se refiere que el empleo de los manuales de autoayuda se está extendiendo especialmente en el tratamiento de la bulimia de sintomatología poco grave, pues se han logrado resultados alentadores con tasas de abstinencia entre el 15% y 60% y con remisiones significativas de la sintomatología. Con respecto al trastorno de atracón (TA) también hay resultados efectivos, añadiendo que algunos de estos pacientes han respondido positivamente ante procedimientos de autoayuda cognitivo-conductuales que involucran un mínimo contacto terapéutico y en ocasiones ninguno (Saldaña, 2001).

Asimismo se ha asegurado en distintos estudios (Carter, 1995; Fairburn, 1998 citados en Saldaña, 2001) que estos tratamientos son efectivos para la disminución de los atracones, pero no en la pérdida de peso. Sin embargo se destaca que estos tratamientos deberían ser tomados como la primera alternativa de intervención en el trastorno de atracón. Al comentar sobre la aplicabilidad de este tipo de enfoque, Cuijpers et al. (2010) llegó a la conclusión de que "No hay razón para no considerar el uso de la autoayuda guiada como un complemento en la práctica clínica, y sospechamos que el tratamiento cara a cara y la autoayuda guiada se integran perfectamente en el futuro cercano" (p.1953).

Las ventajas de este tipo de intervenciones se reflejan en su factibilidad y accesibilidad, pues su brevedad contribuye a disminuir los costos en comparación con otros tratamientos como por ejemplo las terapias cognitivo-conductuales y la psicoterapia interpersonal (Birchall y Palmer, 2002). Permite también, sobrepasar las distancias ofreciendo la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento con independencia. Además la implementación vence el obstáculo de la escasez de profesionales de la salud capacitados para brindar estos servicios, admitiendo que un extenso número de profesionales no especializados desempeñen este tipo de intervenciones (Wilson & Zandberg, 2012).

Otro aspecto que vota a favor del mínimo contacto terapéutico y de las terapias de autoayuda lo constituye la creciente aplicación de la tecnología a los problemas de la salud mental. Sobre esta línea es válido señalar que las futuras direcciones apuntan hacia el desarrollo de software, dispositivos móviles y ordenadores de bolsillo a través de los cuales se establezcan los contactos entre terapeuta y el paciente (Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2011).

A pesar de que los programas de autoayuda que utilizan medios electrónicos, muestran una tendencia positiva en cuanto a la asimilación (Christensen, Griffiths, & Korten, 2002) y a las actitudes (Graham, Franses, Kenwright, & Marks, 2000), poseen algunas limitaciones relacionadas con las dificultades o inconvenientes que pueden entorpecer el acceso a un ordenador en los

horarios acordados; unido a la restricción de Internet para algunas zonas rurales u otras donde el acceso es poco fiable (Harrison et al., 2011). Mas es necesario tener presente que incluso empleando los avances de la tecnología electrónica, los beneficios obtenidos en las terapias de mínimo contacto indican que alguna interacción estructurada con el terapeuta siempre será importante en el tratamiento de los trastornos psicológicos (Newman et al., 2011).

Llegado a este punto se hace imprescindible exponer los presupuestos teóricos que sirvieron de base a la Guía de Autoayuda utilizada en la presente investigación para el control de las ansias y los pensamientos intrusos relacionados con la comida (Gómez-Quintana, 2012):

- Los estudios de Kemps y Tiggemann (2010) revelaron que en la reducción de las ansias de comer predominan las imágenes visuales y olfativas.
- Adriaanse y colaboradores (2011) demostraron que una implementación de intención por reemplazo ayuda a romper hábitos.
- Morewedge y colaboradores (2010) señalaron que imaginar repetidamente el consumo de un alimento provoca habituación.
- Logel y Cohen (2011) hallaron evidencias de que escribir sobre los valores más importantes para el individuo, provoca reducciones significativas sobre el IMC.
- Knaüper et al. (2011) encontraron que imaginar actividades placenteras alternativas reduce las ansias.
- Los resultados de varios estudios (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, Rasmussen-Cruz & Montaña-Espinoza, 2011; Inoue et al., 2010) indican además la necesidad de realizar modificaciones sustanciales en el estilo de vida.

1.5. Las esencias florales como alternativa terapéutica.

Como parte del auge que han tenido las Medicinas Complementarias y Alternativas (CAM), en los últimos tiempos se ha ido incrementando el empleo de diferentes modalidades terapéuticas; una de ellas los Remedios Florales de Edward Bach (BFRs). Esta alternativa complementaria, reconocida en 1975 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el contexto de la investigación,

cuenta con una representación social que brinda indicios de ser positiva (Guerra & Quevedo, 2009).

En la presente investigación se asume la utilización de los BFRs en calidad de Sistema Diagnóstico-Terapéutico (Rodríguez-Martín, 2009). Desde esta perspectiva pueden ser insertados en el cuerpo instrumental de la Psicología y es “el psicólogo el profesional idóneo para ejercer la prescripción clínica de las mismas” (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Méndez, 2010, p.22). Sin embargo, su usual empleo ha sido indiscriminado y descontextualizado a través de “las pretensiones pseudocientíficas, místicas o metafísicas, de una parte de sus seguidores atraídos por la belleza y originalidad de esta terapia” (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Méndez, 2010, p.10), mayormente cimentadas en el “mito del fundador” (Monvoisin, 2005).

Desde el punto de vista académico los Remedios Florales de Bach han sido utilizados en contextos clínicos reales para realizar estudios a largo plazo considerándolos como placebos éticos. (Hyland, Geraghty, Joy, & Turner, 2006; Hyland & Whalley, 2008; Hyland, Whalley, & Geraghty, 2007) Sin embargo aunque se ha planteado que sus efectos no son mayores que los del placebo (Ernst, 2010; Halberstein et al., 2010; Thaler et al., 2009), han sido denominados como efectivos placebos (Walach et al., 2001).

En este sentido se cree que dicho sistema cuenta con recursos para ser reconocido como intervención del estilo de vida si es asumido como un ritual terapéutico (Kaptchuk, 2011) cargado de significado espiritual, concordante con las motivaciones de individuos espirituales (Hyland, 2011).

También se ha planteado que, aun cuando se empleen las esencias florales en contextos clínicos en calidad de placebo, el hecho de incluir el manejo de las emociones como elemento medular del sistema las favorece, pues contribuirían a “reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia” (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Méndez, 2010, p.10).

Capítulo II: Marco Referencial Metodológico

2.1. Diseño metodológico de la investigación.

2.1.1. Enfoque de investigación.

En la evaluación de los Remedios Florales de Bach, como recurso complementario a la aplicación de una Guía de Autoayuda para el control de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida, se decidió asumir los postulados del enfoque cuantitativo. La misión de la investigación cuantitativa es explicar la causalidad de los fenómenos estudiando la asociación o relación entre variables cuantificadas; apoyándose en análisis matemáticos y modelos estadísticos para establecer inferencias que son altamente generalizables.

Desde el enfoque cuantitativo, se busca minimizar las preferencias personales teniendo en cuenta que la investigación debe ser lo más objetiva posible, a partir de que los fenómenos que están siendo medidos u observados no deben estar afectados por creencias, deseos o temores del investigador (Unrau, Grinnell & Williams, 2005, citado en Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

Así este enfoque de investigación requiere de una estructuración que le permita ejercer un riguroso control sobre los sucesos o eventos estudiados. Además ofrece una amplia posibilidad para la demostración y la especificación, facilitando al mismo tiempo la comparación entre estudios similares (Hernández et al., 2006).

2.1.2. Tipo de investigación.

La investigación se corresponde con un estudio explicativo. Estos estudios revelan la causalidad de los fenómenos y sucesos físicos o sociales superando la mera descripción de conceptos, e implicando un mayor grado de estructuración a la investigación. Además se centran en responder no sólo a las causas sino también a las condiciones en las que ocurren los fenómenos y a las relaciones de dos o más variables (Hernández et al., 2006).

2.1.3. Diseño de la investigación.

Consecuente con el tipo de estudio se diseñó un experimento de series cronológicas múltiples. Los diseños experimentales se caracterizan por la manipulación intencional de variables independientes con el fin de analizar las consecuencias sobre una o más variables dependientes. Pretendiendo así establecer el posible efecto de una causa que se manipula (Hernández et al., 2006).

La variable independiente de la investigación en cuestión está constituida por la estrategia de tratamiento que incluye los BFRs y la Guía de Autoayuda; mientras que el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida forman la variable dependiente.

Los diseños experimentales de series cronológicas múltiples son aquellos en los que se realizan varias mediciones a través del tiempo, sobre una variable, para analizar efectos ya sea a mediano o largo plazo. Además este tipo de diseño requiere la participación de dos o más grupos conformados al azar (Hernández et al., 2006).

De acuerdo con estos preceptos los participantes del estudio se asignan a los grupos de forma aleatoria. Luego se aplica la pre-prueba, recibiendo un grupo los Remedios Florales de Bach acompañados de la Guía de Autoayuda para el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida (G-BFRs), mientras que al otro (control) se le indica sólo la Guía de Autoayuda (GA). Posteriormente los grupos son reevaluados al mes y a los tres meses de la primera evaluación, manteniendo durante todo el período las mismas condiciones iniciales que le fueron asignadas.

De esta forma la presente investigación está compuesta por tres etapas fundamentales la primera donde los grupos son evaluados y se indica la estrategia de tratamiento a seguir. La segunda después de transcurrido el primer mes, y la tercera que ocupa el período después de los tres meses de iniciado el tratamiento, implicando ambas la reevaluación de los grupos. Es válido aclarar que durante los tres meses de estudio los participantes fueron monitoreados aun cuando hayan decidido abandonar el tratamiento.

2.1.4. Selección de la muestra.

La investigación se desarrolló en el período comprendido entre los meses de Enero y Junio del 2012 en la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara. Luego de la convocatoria a través de los medios locales de comunicación (Radio y Televisión), las personas acudieron a la Farmacia Homeopática, el Centro de Bienestar Universitario (CBU) y los Servicios Médicos del MININT. El muestreo fue probabilístico pues de acuerdo a los intereses de la investigación todos los individuos con sobrepeso tenían la posibilidad de ser elegidos mediante una selección aleatoria.

De esta forma la muestra quedó conformada por un total de 54 individuos con una media de 39.57 (DE=14.16) años de edad, en su mayor parte mujeres. Con relación al estado civil predominaron los casados y solteros. En cuanto al nivel de escolaridad la mayor parte se encontraban en el rango de medio y superior (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra.

Variables descriptivas		Fr	%
Sexo	F	53	98.1
	M	1	1.9
Estado Civil	Soltero	22	40.7
	Casado	29	53.7
	Divorciado	2	3.7
	Viudo	1	1.9
Nivel de Escolaridad	Primario	2	3.7
	Secundario	3	5.6
	Medio	24	44.4
	Superior	25	46.3

Leyenda: Fr= Frecuencia; %= Porcentaje válido.

Atendiendo a los objetivos de la investigación diseñada se dividió la muestra en dos grupos formados al azar, el grupo de estudio y el grupo de control, integrado cada uno por 27 participantes. En la configuración de ambos grupos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- ✓ Edad > 18 años.

- ✓ Tener un IMC entre 25.0-29.9 kg/m².
- ✓ Acceder voluntariamente a participar en el estudio.
- ✓ Presentar ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.

Criterios de exclusión:

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

2.2. Descripción de las técnicas empleadas:

1. Entrevista Estructurada:

1.1. Inicial:

Entrevista estructurada dirigida a caracterizar los mecanismos de control del peso ejecutados por los participantes. En este tipo de entrevista las preguntas y sus secuencias son uniformes, es decir, las preguntas se hacen con las mismas palabras y en el mismo orden a cada uno de los entrevistados (Ibarra-Martín et al., 2006).

Contiene un total de 8 preguntas en las cuales se abordan aspectos tales como: métodos utilizados para perder peso; motivo que más contribuye a que se gane peso (facilitadores), práctica sistemática de ejercicios, dietas actuales, dietas donde se alcanzaron reducciones de 10 libras o más, horas de televisión diarias y además se miden las expectativas con respecto al tratamiento.

1.2. Final:

Entrevista estructurada dirigida a determinar la efectividad del tratamiento a partir del criterio de los participantes. La misma contiene 2 preguntas que abordan el deseo de continuar en el tratamiento así como la utilización y efectividad de las estrategias propuestas en la Guía de Autoayuda.

2. Cuestionario del Ciclo del Peso (WCQ):

Este cuestionario intenta obtener una valoración breve de la tendencia de los individuos a experimentar fluctuaciones en el peso. Contiene 4 ítems con preguntas por ejemplo: ¿Con qué frecuencia usted pierde y vuelve a ganar peso? Las respuestas se ofrecen de acuerdo a una escala de 5 puntos que abarca desde 1= “nunca” hasta 5= “siempre” (Peterson, 2008). Se asume que a mayor puntuación mayor será la frecuencia de fluctuación de peso experimentada ($\alpha=.682$; Gil-Pérez, 2012).

3. Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI):

Esta técnica fue desarrollada por Wegner y Zanakos (1994) para medir la tendencia crónica a suprimir los pensamientos intrusos no deseados. Consta de 15 ítems y cada ítem abarca una escala de 5 puntos (desde 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”). Para la presente investigación se utilizó la versión validada para población general en Cuba (Rodríguez-Martín et al., en prensa).

Se asume la calificación global como tendencia al uso de la supresión de pensamientos y la tendencia a experimentar pensamientos intrusos de forma general. Las puntuaciones del WBSI pueden ir de 15 a 75, con puntuaciones más altas que indican niveles más elevados en el uso de la supresión de pensamiento. También se dividieron las puntuaciones a partir de una estructura bifactorial (Luciano et al., 2006): pensamientos intrusos (π) y supresión de pensamientos (σ).

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

Barnes y Tantleff-Dunn (2009) crearon este inventario basado en el WBSI y así esta técnica es considerada como una variante del mismo, con el tema de la comida como eje central de la evaluación (Peterson, 2008). El inventario consta de 15 ítems y para su ejecución los participantes responden a preguntas como: “Hay comidas sobre las que intento no pensar”, en una escala de Likert que se extiende desde 1= fuertemente en desacuerdo hasta 5= fuertemente de acuerdo (Barnes, Fisak & Tantleff-Dunn, 2009; Barnes & White, 2010). Para esta prueba se asume la misma calificación empleada en el WBSI ($\alpha= .947$; Gil-Pérez, 2012).

5. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BWSu):

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

6. Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ-r):

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

Para la presente investigación se utilizó la versión española de la prueba original, que fue sometida a un proceso de validación y reducción y posee solo 16 ítems (Lucero, 2002; Luciano et al., 2006). Las respuestas de los participantes están enfocadas en función de la frecuencia, abarcando las puntuaciones de cada ítem la siguiente escala: 1= “nunca”, 2=“a veces”, 3=“a menudo”, y 4=“casi siempre”. Una puntuación total puede ser obtenida por el puntaje que se suma de las cinco subescalas ($\alpha = .738$; Gil-Pérez, 2012).

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

Fue ideado para distinguir la habilidad percibida de suprimir de la tendencia a suprimir, evaluando así las diferencias individuales en la habilidad de controlar o suprimir, de manera exitosa, los pensamientos intrusos no deseados (Luciano, Algarabel, Tomás & Martínez, 2005). Cada ítem contiene puntuaciones que se extienden en una escala de 5 puntos donde 1= “completamente en desacuerdo” y 5= “completamente de acuerdo”.

La prueba original consta de 25 ítems, pero para el presente estudio solo se incluyeron los 7 de mayor ajuste factorial al constructo y con calificación directa. Esta variante ha mostrado una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = .825$; Gil-Pérez, 2012).

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

Los ítems de esta prueba están racionalmente derivados de la experiencia personal y de investigaciones realizadas en el campo de los pensamientos intrusos, así como del papel de las emociones en el comportamiento (Berry, May, Andrade, & Kavanagh, 2010). Según estos autores, la escala fue diseñada para concordar con las típicas reacciones emocionales y conductuales que las personas podrían tener ante la presencia de pensamientos intrusos.

De esta forma el principal objetivo de la prueba está dirigido a medir los dos tipos principales de afrontamiento a los pensamientos intrusos: emoción y conducta (Berry et al., 2010). Las respuestas ofrecidas están en función de la frecuencia con que se vivencian las afirmaciones y cada ítem posee puntuaciones que se extienden en una escala desde 0= “nunca” hasta 4= “siempre” ($\alpha = .793$; Gil-Pérez, 2012).

9. Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo (FCQ-T):

Esta técnica fue desarrollada con el objetivo de medir las ansias de comer como un rasgo psicológico. El mismo consta de 39 ítems que miden las ansias de comer como rasgo de la personalidad, en los cuales los participantes deben responder: “¿Con cuánta frecuencia esta afirmación es cierta para mí?” utilizando una escala general de 6 puntos que abarca desde 1= “nunca o no es aplicable” hasta 6 “siempre” (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez & Benito-Cepeda, 2008). Para la evaluación de las ansias como rasgo se presenta una división en nueve factores que miden: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, desencadenantes, sensación de hambre, preocupación por la comida, intenciones de comer, pérdida de control, afecto negativo y sentimientos de culpa ($\alpha = .960$; Gil-Pérez, 2012).

2.3. Procedimiento:

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

Para la primera etapa se procedió comenzando con la firma por escrito del consentimiento informado, luego de haber explicado los objetivos del estudio. Posteriormente se realizó la entrevista inicial y las demás técnicas de la evaluación planificada, implementándose seguidamente la estrategia de tratamiento a seguir.

En el caso del grupo de estudio se implementó la estrategia explicando primeramente el contenido de la Guía de Autoayuda para el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida y a continuación se indicaron las dosis así como la frecuencia en que debían tomar los Remedios Florales de Bach (BFRs). La prescripción fue de 4 gotas sublingüales seis veces al día con los siguientes horarios:

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

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

- Agrimony: se recomienda cuando existen conductas generadas por ansias (fumar, beber, comer, etc.)
- Cherry Plum: recomendada en caso de descontrol, mayormente provocado por un exceso de control consciente o vigilancia que termina quebrándose.

- White Chestnut: utilizada para pensamientos intrusos indeseados de los que el individuo pretende librarse inútilmente.
- Crab Apple: se utilizó para tratar distorsiones en la imagen corporal.
- Walnut: potenciador del cambio, permite afianzar las decisiones tomadas, minimizando el efecto de las interferencias de otras personas o ambientes sobre el individuo.

Para el grupo de control sólo se implementó la Guía de Autoayuda después de la evaluación, de la misma forma que se realizó con el grupo de estudio.

La segunda etapa se efectuó después del primer mes transcurrido desde la evaluación inicial. Para esta etapa se aplicó, en ambos grupos, primeramente la entrevista de seguimiento y luego las técnicas correspondientes. Asimismo la tercera etapa, después de transcurridos tres meses desde la primera evaluación, incluyó la aplicación de la entrevista de seguimiento y las técnicas planificadas en los dos grupos de la investigación.

2.4. Definición y operacionalización de las variables:

Remedios Florales de Bach: grupo de 38 esencias individuales extraídas de flores silvestres que constituyen un Sistema de clasificación y terapia ofrecido por Edward Bach. (Rodríguez, 2009).

Guía de Autoayuda: confeccionada por Gómez-Quintana y colaboradores (2012), en la cual se brindan una serie de estrategias para el control de las ansias de comer y los pensamientos intrusos relacionados con la comida.

Tabla 2. Definición operacional de las variables dependientes.

Variables	Definición	Instrumento	Medición
Supresión de pensamientos (SP).	Estrategia cognitiva de regulación emocional. Donde el individuo realiza el intento consciente para evitar pensamientos, deseos, sentimientos, experiencias o problemas que le producen malestar.	WBSI	Escala

SP relacionados con la comida	Intención consciente para evitar pensar en la comida.	FTSu	Escala
SP relacionados con el peso y la forma del cuerpo	Intención consciente para evitar pensar en el peso y la forma del cuerpo.	BWSu	Escala
Control de pensamientos	Habilidad de controlar o suprimir, de manera exitosa, los pensamientos intrusos.	TCAQ+	Escala
	Estrategias de control o supresión exitosa de pensamientos: distracción, control social, preocupación, castigo y revaloración.	TCQ-r	Escala
Reacciones a los pensamientos intrusos (PI)	Reacciones a los PI que pueden ser de naturaleza conductual o emocional y que repercuten sobre las ansias de comer y el subsiguiente consumo de alimentos.	EBR	Escala
Ansias de comer	Deseo intenso o necesidad de comer un alimento en particular, generando un gran gasto de recursos cognitivos. Ha menudo ocurre en ausencia de hambre.	FCQ-T	Escala

2.5. Procedimientos estadísticos:

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

Capítulo III: Análisis de Resultados.

3.1. Características generales de los grupos asociadas al sobrepeso.

Partiendo de la entrevista inicial, cuyos resultados se ofrecen en la Tabla 3, se pudo constatar que predominaron aquellos participantes que no estaban llevando a cabo una dieta en el momento de la evaluación inicial (LB), con una cifra que superó el 85% en cada uno de los grupos. También se observó una mayor cantidad de participantes que no realizan una práctica sistemática de ejercicios. Por su parte los métodos más reportados para bajar de peso lo constituyeron el aumento de la actividad física en el grupo GA y disminuir el consumo de alimentos en el grupo G-BFRs. Se identificaron, además, diferencias significativas con relación a las expectativas (ver Tabla 3), donde el grupo G-BFRs obtuvo la media más elevada.

Tabla3. Características generales de los grupos.

Variables		GA		G-BFRs		gl	t	sig
		#	%	#	%			
Dieta actual	Sí	2	7.4	3	11.1			
	No	25	92.5	24	88.8			
Práctica de ejercicios	Sí	9	33.3	10	37.0			
	No	18	66.6	17	62.9			
Métodos utilizados	Ninguno	5	18.5	-	-			
	Comer menos	7	25.9	13	48.1			
	Hacer ejercicios	8	29.6	7	25.9			
	Medicamentos	1	3.7	1	3.7			
	Terapias Alternativas	2	7.4	-	-			
	Combinaciones	4	14.8	6	22.2			
		Media/DE	Media/DE					
IMC		27.80/1.41	28.23/2.66	52			-.737	.464
HorasTv/día		2.93/2.75	3.11/1.69	52			-.297	.767
Dietas >10 lb		.57/.938	.81/2.02	38			-.412	.682
Cuestionario del Ciclo del Peso		8.07/3.67	8.37/3.37	52			-.308	.759
Expectativas		2.44/.801	2.85/.362	52			-2.409	.020

Leyenda: Terapias alternativas= Terapia Psicológica o Modalidades de MNT.

Dentro de las conductas que facilitan el aumento del peso “picotear”, que implicó la ingestión recurrente de alimentos fuera de los horarios habituales de comida, fue escogida por el 51.8% del grupo GA; mientras que la ansiedad fue señalada por el 48.1% del grupo G-BFRs (ver Tabla 4).

Tabla 4. Conductas facilitadoras.

Grupos	Situaciones críticas	Fr	%
GA	Comer mucha comida	2	7.4
	Comer demasiado en el desayuno	1	3.7
	Comer demasiado en la comida	2	7.4
	“Picotear” entre las comidas	10	37.0
	“Picotear” en la tarde, antes de la comida	4	14.8
	Deseo ciertas comidas	1	3.7
	Me gusta el sabor de los alimentos	3	11.1
	Mientras cocino o preparo alimentos	1	3.7
	Estar ansioso	2	7.4
	Estar estresado	1	3.7
	Total	27	100.0
G-BFRs	Comer mucha comida	2	7.4
	Comer demasiado en la comida	1	3.7
	“Picotear” entre las comidas	5	18.5
	“Picotear” en la tarde, antes de la comida	2	7.4
	Deseo ciertas comidas	1	3.7
	Mientras cocino o preparo alimentos	1	3.7
	Estar ansioso	13	48.1
	Estar estresado	2	7.4
	Total	27	100.0

Leyenda: Fr= Frecuencia; %= Porcentaje válido con respecto al total.

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

Los resultados de la evaluación del efecto de la intervención sobre las ansias de comer y su supresión se encuentran reflejados en la Tabla 5. En la misma, además de los descriptivos generales obtenidos a través de los diferentes momentos de la evolución de ambas intervenciones, se encuentran los resultados de las comparaciones globales de los mismos a través del tiempo (I), la interacción entre los resultados de los distintos grupos evaluados a través del tiempo (II) y la comparación global de las puntuaciones entre los distintos grupos (III).

Los resultados sugieren que, de forma global el tratamiento tuvo un efecto grande a través del tiempo para las variables: reforzadores positivos (FC1), detonadores (FC3), sensación de hambre (FC4), intenciones de comer (FC6) y pérdida de control (FC7). El IMC también recibió los beneficios del tratamiento, con un efecto mediano, donde se obtuvieron reducciones del 4.17% con respecto a la LB en el grupo GA y del 2.20% para el grupo G-BFRs. Igualmente fueron registrados efectos de tamaño mediano en las variables afecto negativo (FC8) y en la supresión de pensamientos relacionados

con el peso y la forma del cuerpo (BW). Sin embargo con relación a la interacción entre los distintos tratamientos a través del tiempo no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas.

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

VAR	Tratamiento	Evolución de los participantes			ANOVA Mixto			
		LB	1 mes	3 meses		F	Sig.	η^2_p
IMC	GA	27.80/1.41	27.23/1.99	26.64/1.79	I	4.710	.011	.085
	G-BFRs	28.13/2.66	28.32/3.12	27.68/3.02	II	1.202	.305	.023
					III	1.978	.166	.037
FSU	GA	40.22/12.75	37.96/15.17	33.37/13.26	I	1.029	.361	.019
	G-BFRs	44.85/14.71	44.51/17.11	46.07/17.71	II	2.304	.105	.042
					III	5.264	.026	.092
FC1	GA	15.11/6.76	12.33/6.14	11.18/5.34	I	8.669	.000	.143
	G-BFRs	17.04/6.63	16.22/7.18	14.92/6.74	II	1.123	.329	.021
					III	4.197	.046	.075
FC2	GA	8.00/3.82	8.07/4.21	6.96/3.31	I	3.254	.043	.059
	G-BFRs	9.41/4.51	10.00/4.68	8.48/4.00	II	.130	.878	.002
					III	2.997	.089	.054
FC3	GA	14.07/7.29	11.25/5.81	9.59/5.20	I	11.920	.000	.186
	G-BFRs	14.11/6.41	13.14/4.92	11.66/4.88	II	1.258	.289	.024
					III	.967	.330	.018
FC4	GA	15.26/5.95	12.88/5.51	11.14/4.87	I	25.070	.000	.325
	G-BFRs	16.93/4.52	14.74/5.92	12.18/4.96	II	.233	.792	.004
					III	1.463	.232	.027
FC5	GA	15.44/8.69	12.74/7.07	12.48/6.99	I	1.746	.180	.032
	G-BFRs	17.37/9.46	16.55/9.13	17.55/8.45	II	1.274	.284	.024
					III	3.366	.072	.061
FC6	GA	9.70/4.83	7.14/3.74	6.62/3.53	I	8.456	.000	.140
	G-BFRs	10.48/3.96	10.29/4.18	9.07/4.37	II	2.455	.091	.045
					III	5.241	.026	.092
FC7	GA	18.96/9.22	15.59/7.95	12.92/6.55	I	15.659	.000	.231
	G-BFRs	21.33/10.05	17.88/6.78	16.81/7.53	II	.442	.644	.008
					III	2.221	.142	.041
FC8	GA	11.44/5.89	9.88/5.47	9.55/5.43	I	4.972	.009	.087
	G-BFRs	13.37/5,39	12.33/4.89	11.44/4.69	II	.126	.881	.002
					III	2.754	.103	.050
FC9	GA	7.81/4.44	7.18/3.98	7.25/3.67	I	.663	.518	.013
	G-BFRs	9.26/4.28	9.44/4.44	8.59/4.75	II	.443	.644	.008
					III	2.900	.095	.053
BW	GA	40.59/13.95	38.62/16.09	35.07/15.40	I	4.724	.011	.083
	G-BFRs	48.85/17.56	42.25/19.48	42.22/15.30	II	.709	.495	.013
					III	2.791	.101	.051

Leyenda: LB= Línea Base; FTS= Supresión de pensamientos (SP) relacionados con la comida; FCT1= Reforzamiento positivo de las Ansias de Comer como Rasgo (ACR); FCT2= Reforzamiento negativo ACR; FCT3= Detonadores ACR; FCT4= Sensación de Hambre ACR; FCT5= Pensamientos Intrusos sobre Comida ACR; FCT6= Intenciones de Comer ACR; FCT7=Pérdida de Control ACR; FCT8=Afecto Negativo ACR; FCT9= Culpa ACR; BW= SP relacionados con el peso o la forma del cuerpo; GA=Guía de

Autoayuda; G-BFRs=Guía y Remedios Florales de Bach (BFRs); I=Efecto global del tratamiento a través del tiempo; II=Interacción Grupo x Evolución a través del tiempo y III= Diferencias inter-grupos globales.

Los mayores efectos de la intervención global se registraron sobre la sensación de hambre (FC4, $\eta^2_p=.325$) y la pérdida de control (FC7, $\eta^2_p=.231$), alcanzando tamaños de efectos grandes respectivamente. En este sentido se pudiera inferir que quizás estos efectos sean los más prometedores de la intervención, ya que la modificación de estas variables constituye la puerta de entrada hacia la adecuada regulación de las ansias de comer como rasgo (ver Tabla 5).

Con relación a la diferencia global entre los grupos (III), solo se observó un tamaño de efecto mediano para las variables supresión de pensamientos relacionados con la comida (FSU), reforzadores positivos de las ansias (FC1) e intenciones de comer (FC6), donde el tratamiento llevado a cabo por el grupo GA fue significativamente superior al de G-BFRs (ver Tabla 5).

Una inspección visual de los valores temporales de FSU revelaron que la evolución del tratamiento tuvo direcciones opuestas en ambos grupos (ver Figura 1). En el grupo GA el efecto fue positivo, mientras en el grupo G-BFRs ocurrió todo lo contrario. Ello sugiere que los BFRs, lejos de incrementar la acción de la GA sobre la FSU, podrían entorpecer su efecto con el transcurso del tiempo. Para el resto de las variables siempre los cambios ocurrieron en la misma dirección.

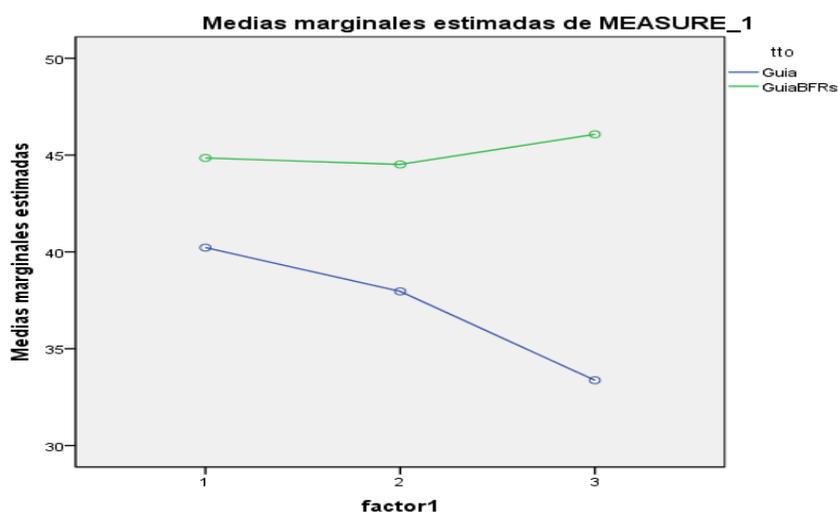


Figura 1. Dirección del efecto del tratamiento en cada grupo sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

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

Siguiendo la estructura organizativa de la Tabla 5 anteriormente expuesta, en la Tabla 6 se muestran los resultados obtenidos tras la evaluación de los efectos producidos por la intervención sobre la supresión, el control y las reacciones a los pensamientos intrusos. De esta forma en la misma se registraron efectos medianos de la intervención global a través del tiempo sobre las variables: tendencia al uso global de la supresión (WB), factor pensamientos intrusos (pi), factor supresión (su), reacciones emocionales (RE) y estrategia de distracción (TD); resultando más trascendente el tamaño de efecto del factor supresión (su).

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

VAR	Tratamiento	Evolución de los participantes			ANOVA Mixto			
		Media/DE			gl _{I,VI} =2.104; gl _{III} =1. 52			
		LB	1 mes	3 meses		F	Sig.	η^2_p
WB	GA	44.93/12.77	49.11/13.59	43.96/13.27	I	6.263	.003	.107
	G-BFRs	54.67/12.53	54.77/14.06	48.51/16.05	II	1.406	.250	.026
					III	4.215	.045	.075
pi	GA	22.59/7.18	24.33/7.43	21.66/6.67	I	3.513	.033	.063
	G-BFRs	27.78/7.41	26.77/7.80	24.48/8.67	II	1.084	.342	.020
					III	4.222	.045	.075
su	GA	22.33/7.74	24.77/7.30	22.07/7.72	I	6.439	.002	.110
	G-BFRs	26.89/6.77	28.00/7.10	24.03/8.25	II	.973	.381	.018
					III	3.496	.067	.063
RE	GA	5.70/3.83	5.07/3.87	4.92/2.80	I	4.061	.020	.072
	G-BFRs	8.48/4.28	6.62/3.66	6.37/3.47	II	.909	.406	.017
					III	6.153	.016	.106
RC	GA	4.44/2.47	4.14/3.26	3.88/2.80	I	.926	.399	.017
	G-BFRs	6.33/3.18	5.81/2.52	5.85/2.71	II	.074	.929	.001
					III	8.795	.005	.145
TA	GA	23.63/6.62	20.37/6.96	19.00/5.48	I	2.151	.121	.040
	G-BFRs	21.33/7.49	24.22/4.56	22.37/5.63	II	6.441	.002	.110
					III	1.639	.206	.031
TD	GA	11.11/2.94	11.11/2.67	10.18/2.70	I	3.350	.039	.061
	G-BFRs	11.22/3.04	11.81/2.82	10.74/2.48	II	.302	.740	.006
					III	.571	.453	.011
TS	GA	8,11/2,00	7,70/2,62	7,59/2,24	I	.321	.726	.006
	G-BFRs	8,22/1,90	8,37/2,15	9,03/2,73	II	1.864	.160	.035
					III	2.373	.130	.044
TP	GA	5.07/1.63	5.00/1.59	4.40/1.47	I	.164	.849	.003
	G-BFRs	5.07/1.56	5.14/1.51	5.48/2.43	II	2.483	.088	.046
					III	1.254	.268	.024
TC	GA	4.70/2.94	5.14/2.58	4.88/2.53	I	.507	.604	.010

	G-BFRs	5.96/3.10	5.66/2.49	6.66/2.66	II	.896	.411	.017
					III	5.530	.023	.096
TR	GA	7.74/2.12	7.33/2.25	6.85/2.14	I	.059	.943	.001
	G-BFRs	7.48/2.42	8.14/2.16	8.66/4.54	II	2.441	.092	.045
					III	2.340	.132	.043

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

La única variable en la que se obtuvo interacciones entre los grupos, a través de su evolución, fue en la habilidad para controlar los pensamientos (TA), manifestándose con un tamaño de efecto mediano (ver Tabla 6). En este caso el punto de intersección entre los grupos fue entre la LB y el primer mes. Durante este período de tiempo la habilidad de los participantes del grupo GA se redujo considerablemente, mientras que en el grupo G-BFRs se registró un ascenso igual de extenso. Por el contrario en la evaluación de los tres meses ambos grupos experimentaron reducciones de la variable en cuestión (ver Figura 2).

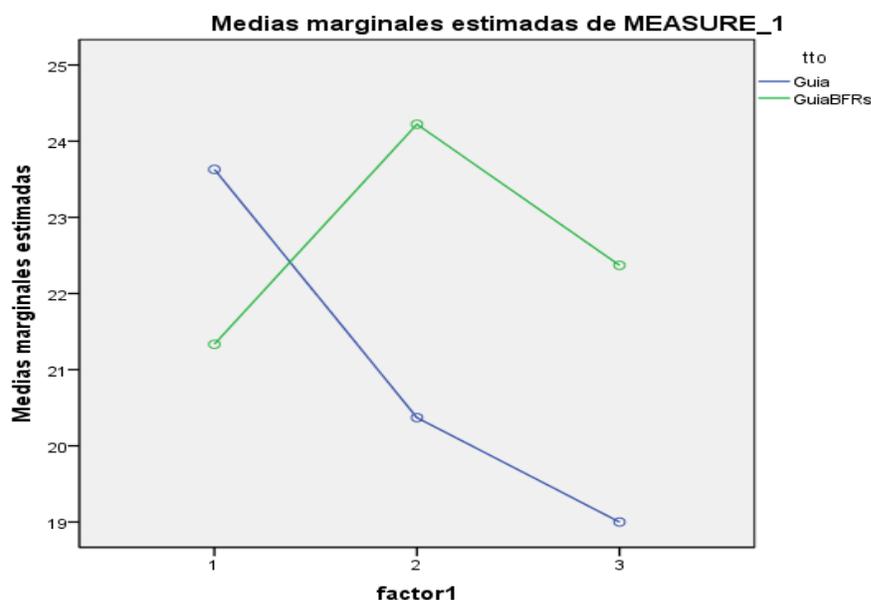


Figura 2. Interacción de los grupos en la habilidad para controlar los pensamientos (TA).

Respecto al efecto global de las intervenciones en cada uno de los grupos estudiados, se reflejan (Tabla 6) diferencias significativas con efectos medianos sobre la tendencia

al uso global de la supresión (WB), el factor pensamientos intrusos (π), las reacciones emocionales (RE) y la estrategia de castigo (TC). Registrándose efectos de tamaño grande en las reacciones conductuales (RC) a los pensamientos intrusos.

De estas variables sólo mostraron sentidos opuestos en la efectividad de los tratamientos: los pensamientos intrusos (π) y la estrategia de castigo (TC). Tal como lo exhibe la Figura 3, durante el primer mes los pensamientos intrusos fueron reducidos gracias al tratamiento con G-BFRs ya que, por el contrario, la GA condicionó el aumento de los mismos. Y aunque del segundo al tercer mes ambas intervenciones lograron reducciones de proporciones aproximadamente similares, cabe resaltar los efectos notables de G-BFRs a lo largo de la intervención (ver Tabla 6).

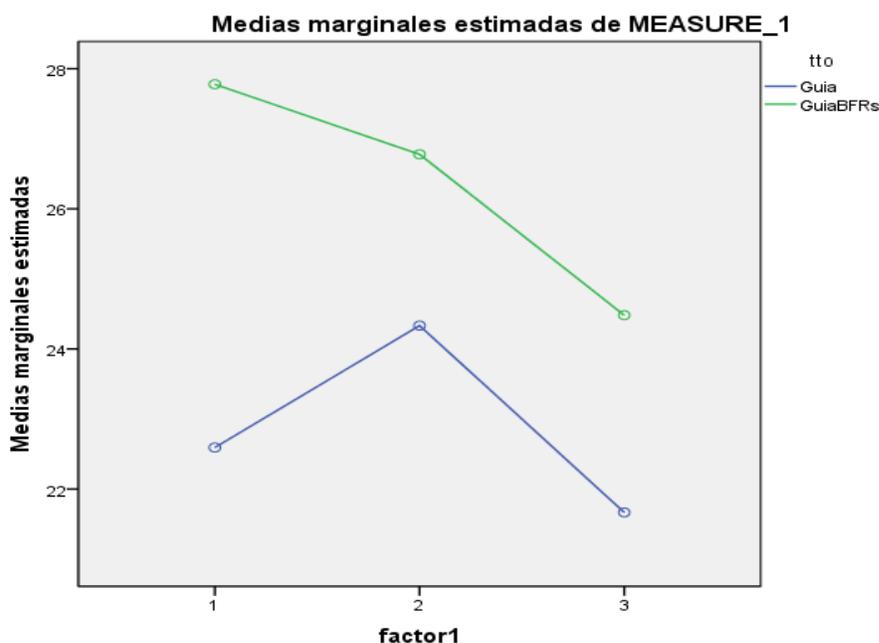


Figura 3. Dirección del efecto del tratamiento en cada grupo sobre los pensamientos intrusos.

En relación a la estrategia de castigo (TC, ver Figura 4) se evidenció un descenso de las puntuaciones de la variable durante el primer mes para el grupo G-BFRs, en tanto asciende para el grupo GA. Radicalmente opuestos son también los resultados obtenidos a los tres meses, pues la intervención con G-BFRs aumentó la estrategia de castigo (TC) en los participantes superando incluso la medida inicial, mientras que la GA originó reducciones en el uso de dicha estrategia.

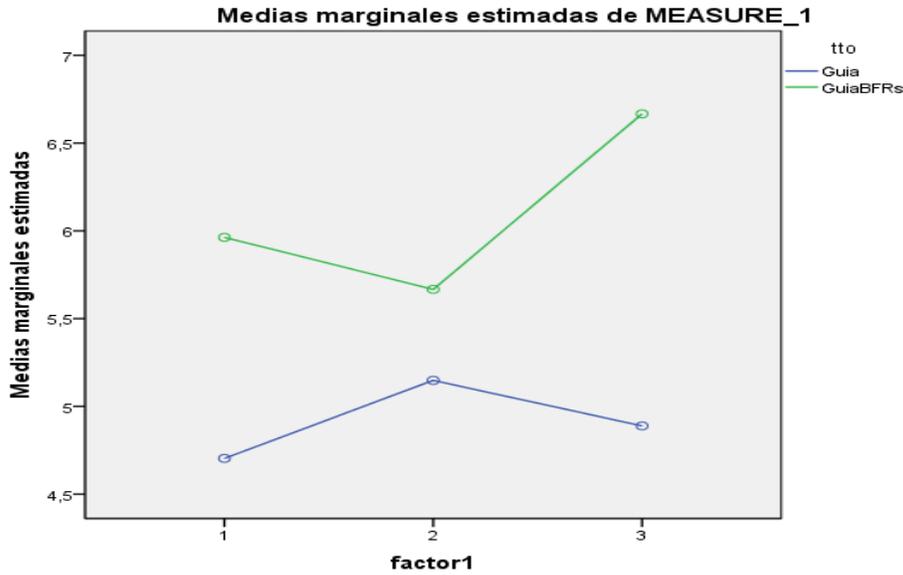


Figura 4. Dirección del efecto del tratamiento en cada grupo sobre la estrategia de castigo.

3.4. Medida de efectividad según el criterio de los participantes.

Al evaluar la efectividad de los tratamientos implementados según el criterio de los participantes, se obtuvo que en ambos grupos, predominó el deseo de continuar y aunque el número de “indecisos” aumentó al finalizar el tercer mes para el grupo GA, esta reducción no fue significativa: $\chi^2(1)=1.080$, $p=.299$ (ver Figura 5). Elemento que apoya la efectividad de las intervenciones realizadas.

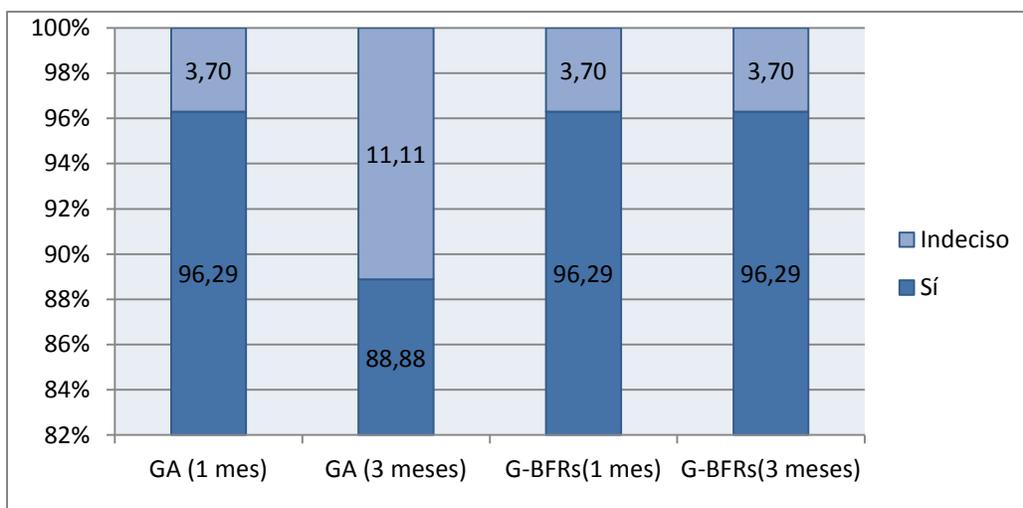


Figura 5. Porcentaje de adherencia en la evolución de los tratamientos.

Si se examinan los porcentajes de la Tabla 7 se puede constatar que, de manera general, las estrategias propuestas en la Guía de Autoayuda fueron empleadas en su mayoría con independencia del tipo de intervención implementada. No obstante cabe distinguir que en el grupo GA, tanto al mes como a los tres meses, los participantes utilizaron principalmente la combinación de varias estrategias. Por su parte el grupo G-BFRs utilizó mayormente la distracción cognitivo-conductual durante toda la intervención.

Tabla 7. Porcentaje de las estrategias de la Guía que fueron utilizadas en ambos grupos.

Estrategias de la Guía	Evolución de los tratamientos							
	1 mes				3 meses			
	Guía		G-BFRs		Guía		G-BFRs	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Comer despacio	4	16,66	2	7,69	4	14,81	3	11,11
Comer 3 veces/día	-	-	2	7,69	1	3,70	2	7,40
Saturación olfativa	3	12,5	3	11,53	3	11,11	3	11,11
Saturación visual	1	4,16	3	11,53	-	-	4	14,81
Sorbos de agua	1	4,16	3	11,53	2	7,40	3	11,11
Distracción cognitivo-conductual	1	4,16	6	23,07	2	7,40	8	29,62
Imaginación-habituación	2	8,33	-	-	2	7,40	-	-
Mixto	10	41,66	5	19,23	11	40,74	2	7,40
Ninguno	2	8,33	2	7,69	2	7,40	2	7,40

3.5. Discusión de resultados.

En primer lugar resulta necesario analizar las características asociadas al incremento del peso atendiendo a la división por grupos, pues pueden brindar elementos que faciliten la interpretación de los resultados de la intervención. En ambos grupos: casi ningún participante se encontraba realizando una dieta durante la evaluación inicial (LB); tampoco se observó en la mayor parte de los reportes la práctica sistemática de ejercicios físicos, por lo que se infiere un estilo de vida sedentario (Arrebola et al., 2011); tienden a ser pocas las dietas realizadas que impliquen una pérdida sustancial de peso y resulta relativamente fácil volverlo a ganar nuevamente.

Dentro de las situaciones o conductas facilitadoras de la ganancia de peso en el grupo GA fue mayormente reportada la ingestión regular de alimentos fuera de los horarios establecidos (“picotear”) y alternaron la reducción del consumo de alimentos o la

práctica de ejercicios como los métodos más empleados para el control del peso. Por su parte esta realidad fue totalmente distinta para el grupo G-BFRs donde abundó la ansiedad como causa fundamental del aumento de peso y solo se observó un predominio de la reducción del consumo de alimentos como estrategia de control. Ciertamente estas diferencias pueden resultar una interferencia seria en la homogenización de los grupos pues el comer emocional (Evers et al., 2010) muestra un comportamiento distintivo del “picoteo” (Kemps & Tiggemann, 2010).

En la literatura existen divergencias en cuanto al comer emocional pues aunque algunos consideran que se debe al hecho de experimentar afectos negativos, otros sugieren que el problema del comer emocional está más relacionado con falta de estrategias adaptativas de regulación emocional disponibles para regular el afecto negativo; que con la experiencia de emociones negativas en sí misma (Evers et al., 2010). Esto podría explicar porque la experiencia de comer en exceso ante emociones negativas consistentemente no ha sido encontrada entre individuos poco clínicos; pues mientras que en algunos se ha evidenciado un aumento en la ingestión de alimentos durante la experiencia de emociones negativas como el estrés (O’ Connor, Jones, Conner, McMillan, & Ferguson, 2008; Oliverio, Wardle, & Gibson, 2000 citados en Evers et al., 2010); en otros, sin embargo, no se ha encontrado tal relación (Adriaanse, de Ridder, y Evers, 2010; Conner, Ajustador, y Flechero, 1999; Evers, de Ridder, y Adriaanse, 2009 citados en Evers et al., 2010).

Entre comedores poco refrenados los resultados son también diversos, pues se ha encontrado que las emociones están relacionadas no sólo con el aumento en la ingestión de alimentos sino que también en la disminución o en patrones donde no existen afectaciones en la conducta alimentaria (Evers et al., 2010). De esta forma se detecta cierta carencia en la consistencia de los resultados empíricos referentes al comer emocional, y tal vez se necesario tener en cuenta medidas de las diferencias individuales para explicar esta diversidad de resultados.

Con relación a los resultados alcanzados en la evaluación del efecto de la intervención, debe resaltarse que la GA produjo, para la mayoría de las variables estudiadas, efectos

más notables en comparación con la G-BFRs, por lo que la hipótesis establecida por los investigadores al concebir el estudio debe ser rechazada. Estos resultados parecen sugerir que el efecto de la fórmula utilizada con BFRs colinda con la “sensación de invulnerabilidad” observada para los suplementos dietéticos (Chiou, Yang, & Wang, 2011) que pudieron llevar a los participantes a ser más displicentes con las indicaciones de la guía permitiéndose, quizás, un mayor número de licencias.

La intervención, de manera general, fue efectiva en más de la mitad de las variables asociadas a las ansias de comer como rasgo y su supresión; y con respecto a los pensamientos intrusos se alcanzaron modificaciones globales sobre: la supresión de pensamientos (su), los pensamientos intrusos (pi), la tendencia al uso de la supresión (WB), las reacciones emocionales (RE) y la estrategia de distracción (TD).

De las variables asociadas a las ansias de comer como rasgo, la sensación de hambre (FC4) y la pérdida de control (FC7) obtuvieron los efectos más prometedores. En este sentido vale destacar que la falta de control se ha reconocido como una de las dimensiones más pertinentes asociada a episodios de atracones (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez & Benito-Cepeda, 2008). Así al ganar fuerza el autocontrol y experimentar menos el deseo de comer, se asegura la detención de comportamientos cíclicos, que terminan frecuentemente en episodios de atracones, una vez que los individuos sienten la incapacidad de frenar voluntariamente los impulsos de comer. También se ha visto que esta falta de voluntad puede estar matizada por la motivación, pues las personas cambian respuestas cuando tienen la intención de hacerlo y cuando creen tener la eficacia para realizar una respuesta alternativa (Quinn et al., 2010).

Por su parte la modificación más notable, en relación a los resultados del uso global de la supresión de pensamientos, fue el factor supresión (su) por encima de los pensamientos intrusos (pi), aspecto relevante para la efectividad de la intervención teniendo en cuenta que la supresión puede resultar bastante contraproducente (Luciano, 2006), causando un efecto completamente opuesto al deseado. Además otros estudios han comprobado que la evitación experiencial (término que incluye tanto la supresión cognitiva como la expresiva), se ha visto asociada a mayores grados de

ansiedad, depresión y menor calidad de vida (Hayes et al., 2004) así como un mayor distrés ante la exposición a estímulos emocionales negativos (Sloan, 2004).

Entre los grupos estudiados sólo se revelaron interacciones con respecto a la habilidad percibida para controlar los pensamientos (TA), mostrando una divergencia en el primer mes. Así, mientras los participantes del grupo G-BFRs precisaron hacer un mayor uso de esta habilidad, para el grupo GA no fue necesario poner en práctica su capacidad en el control de pensamientos; sugiriendo que, tal vez, el hecho de brindar en la GA indicaciones concretas que trascienden el control consciente para superar los pensamientos intrusos y las ansias de comer, no propició la utilización de dicha habilidad.

Aunque en la presente investigación no se evaluó el rol de las diferencias individuales, se debe tener en cuenta el papel mediador que juegan las mismas en la habilidad para controlar los pensamientos, considerada como una dimensión de vulnerabilidad emocional (Luciano, 2006). En este sentido se han descrito algunas características personales que pueden favorecer el control de pensamientos, entre ellas figuran: la mayor capacidad de memoria operativa e inteligencia fluida (Brewin y Beaton, 2002; Brewin y Smart, 2005), la sugestionabilidad bajo hipnosis (Bowers y Woody, 1996; Bryant & Wimalaweera, 2006), el estilo represivo de afrontamiento (Barnier, Levin, y Maher, 2004; Geraerts, Merckelbach, Jelicic, y Smeets, 2006; Luciano y Algarabel, 2006), un auto-concepto complejo (Renaud y McConnell, 2002), así como bajos niveles de obsesividad (Hardy & Brewin, 2005; Rutledge, 1998; Smári, Birgisdóttir, & Brynjólfssdóttir, 1995).

Las diferencias encontradas entre los grupos a lo largo de la intervención fueron en relación a: los reforzadores positivos de las ansias (FC1), las intenciones de comer (FC6), la supresión de pensamientos relacionados con la comida (FSU), la tendencia al uso global de la supresión (WB), los pensamientos intrusos (π), las reacciones emocionales (RE) y las conductuales (RC), y la estrategia de castigo en el control de pensamientos (TC).

La mayoría de estas variables adoptaron, para ambos grupos, una dirección positiva en el efecto del tratamiento. Sólo la supresión de pensamientos relacionados con la

comida (FSU), los pensamientos intrusos (pi) y la estrategia de castigo (TC) revelaron indistintamente, sentidos opuestos a la efectividad en los grupos estudiados.

En el caso de la supresión de pensamientos relacionados con la comida (FSU) sólo el grupo de la GA alcanzó resultados favorables, pues por el contrario, el grupo G-BFRs incrementó el empleo de esta estrategia. Los estudios actuales plantean que la supresión de pensamientos relacionados con la comida ocasiona rebotes del comportamiento no deseado (Denzler, Förster, Liberman & Rozenman, 2010). En este sentido se ha encontrado que la supresión de pensamientos acerca de alimentos como el chocolate, provocan efectos de rebote en la conducta implicando un mayor consumo, tanto en comedores moderados (Erskine & Georgiou, 2010) como en hombres y mujeres (Erskine, 2008), manifestándose también un incremento en las preocupaciones relacionadas con la comida (Soetens, Braet, Dejonckheere & Roets, 2006).

Si bien este incremento en el uso de la supresión de pensamientos relacionados con la comida pudiera implicar la aparición o el mantenimiento de factores críticos como el sobrepeso y la obesidad, los atracones de comida o los comportamientos compensatorios (Barnes & White, 2010); durante el período abordado en el presente estudio (corto y mediano plazo) no aumentó el IMC ni los pensamientos intrusos en el grupo G-BFRs. No obstante sería pertinente comprobar si a largo plazo se mantendrán estas condiciones.

Los pensamientos intrusos (pi) durante el primer mes, aumentaron solamente en el grupo de la GA, alcanzando luego del primer mes de intervención reducciones similares ambos grupos. Este resultado pudiera estar relacionado con el hecho de que los participantes bajo tratamiento con GA incrementaron el uso de la estrategia de castigo (TC) en este mismo período de tiempo. Pues dicha estrategia se considera desadaptativa para el control de los pensamientos, en un gran número de investigaciones clínicas (Luciano, 2006).

Conjuntamente vale destacar que en estudios recientemente realizados, también se han registrado resultados alentadores de los BFRs sobre los pensamientos intrusos y su supresión (Bernal-Díaz, Frías-Hernández, Mejías-Hernández, Rodríguez-Becerra, & Rodríguez-Martín, 2010), sugiriéndose que la acción del White Chestnut opera

reduciendo la presencia de los pensamientos intrusos y no por su acción sobre la supresión en sí (Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, en prensa).

Por otro lado las reacciones conductuales (RC) abarcaron las mayores diferencias entre los grupos, pues aunque ambos mostraron reducciones estas fueron más acentuadas en el grupo de la GA. En torno a las mismas se ha develado que poseen implicaciones en la fuerza y la frecuencia del deseo, pudiendo influir en el comportamiento de consumo. Al mismo tiempo la supresión de pensamientos se asocia con reacciones más fuertes a los pensamientos intrusos. Así los individuos que experimentan una fuerte reacción negativa a los pensamientos intrusivos pueden ser más propensos a suprimir esos pensamientos y debido a los efectos irónicos de la supresión, pueden experimentar ansias más intensas o frecuentes u otros efectos no deseados (Berry et al., 2010).

Las medidas de efectividad según el criterio de los participantes superaron el 95% de los reportes en ambos grupos. Solamente mostraron disminuciones únicamente a los tres meses el grupo GA, pero sin reportar diferencias significativas. Este elemento ratifica la efectividad de la intervención implementada, teniendo en cuenta que el mantenimiento tanto de los tratamientos como de las rebajas en el IMC constituyen puntos débiles en la mayoría de las estrategias aplicadas al sobrepeso y la obesidad (Jason et al., 2011).

Asimismo los participantes consideraron efectivas las estrategias propuestas en la GA, empleándolas en su mayoría y utilizando incluso, ambos grupos, la combinación de varias estrategias a lo largo de la intervención. Este resultado concuerda con otros estudios realizados en los cuales se ha evidenciado la efectividad de autoayuda como alternativa complementaria en los contextos clínicos (Cuijpers et al., 2010).

No obstante en este sentido, es válido resaltar que aunque se ha asegurado en distintos estudios (Carter, 1995; Fairburn, 1998 citados en Saldaña, 2001) que los tratamientos con autoayuda son efectivos para la disminución de los atracones pero no en la pérdida de peso, las intervenciones implementadas en la presente investigación, promovieron significativas disminuciones en el IMC, principalmente en el grupo GA.

De forma general se puede afirmar que los BFRs usados como complemento de la GA constituyen una estrategia de intervención efectiva, aunque mostraron menores resultados en comparación con la GA. Asimismo, no se debe pasar por alto que en relación a los pensamientos intrusos los BFRs alcanzaron efectos más notables que se mantuvieron durante toda la intervención.

Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución y estudios futuros deberían realizar una aleatorización restringida de los grupos, con relación al tipo de situación o conducta que contribuye a que las personas ganen peso. En la muestra estudiada el consumo fuera de los horarios habituales predominó en uno de los grupos mientras que la ansiedad fue el principal reporte del segundo. Otro elemento que debería tomarse en cuenta lo constituyeron que las mayores expectativas de resultados se encontraron en el grupo G-BFRs. En este caso, al tratarse de la supresión y sus mecanismos “irónicos” de actuación (Wegner, 1997), no resultaría extraño que a mayores expectativas menor efecto.

Conclusiones.

Los resultados alcanzados permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

- Si bien en ambos grupos se observaron indicadores de un estilo de vida sedentario, el predominio de los reportes con relación a las situaciones o conductas facilitadoras y los métodos para el control del peso mostró un comportamiento distintivo en cada grupo que pudieron influir en los resultados obtenidos:
 - GA: fue reportado comer de forma irregular fuera de los horarios establecidos como conducta generadora del incremento del peso y el control se realizaba mediante la reducción del consumo de comida o la práctica sistemática de ejercicios
 - G-BFRs: la situación principal fue el comer emocional y reducir el consumo de comida el mejor método para su control.

- La fórmula compuesta por BFRs no contribuyó sustancialmente a potenciar los resultados de la Guía de Autoayuda para la mayor parte de las variables evaluadas y su efecto fue negativo sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

- De forma general ambas propuestas fueron efectivas para el control de los pensamientos intrusos y las ansias de comer; mientras que fue solamente la Guía de Autoayuda aquella que mostró resultados positivos y sostenidos a través del tiempo sobre la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

Recomendaciones.

A partir de los resultados alcanzados y tomando en consideración la novedad de la intervención realizada se proponen las siguientes recomendaciones:

- Dar continuidad a la intervención para evaluar a largo plazo sus efectos y evaluar las posibles recaídas.
- Estudios futuros deben restringir la aleatorización de la muestra, atendiendo a las situaciones-conductas que mayor contribución realizan al incremento del peso, las cuales pudieron haber influido sobre los resultados de la investigación.
- Evaluar el efecto de la Guía de Autoayuda como recurso legítimo de control de las ansias, pensamientos intrusos relacionados con la comida y su supresión en poblaciones de riesgo y muestras clínicas.
- Realizar estudios experimentales que permitan explicar los resultados obtenidos de la asociación de ambas propuestas de intervención.

Referencias Bibliográficas.

- Albarrán, A. & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría. *Revista Científica de América Latina y el Caribe*, 7(2), 118-124.
- 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. doi: 10.1177/1359105309351246
- Barnes, R. D., & White, M. A. (2010). Psychometric Properties of the Food Thought Suppression Inventory in Men. *Journal of Health Psychology*, 15(7) 1113–1120. doi: 10.1177/1359105310365179
- Bernal-Díaz, L., Frías-Hernández, L. M., Mejías-Hernández, Y., Rodríguez-Becerra, I., & Rodríguez-Martín, B. C. (2010). White Chestnut y supresión de pensamientos en adultos mayores. In GC-Bach. (Ed.), *Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia*. (pp. 52-62). Santa Clara: Feijóo.
- Berry, L.-M., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137.
- Birchall, H., & Palmer, B. (2002). Doing it by the book: What place for guided self-help for bulimic disorders? . *European Eating Disorders Review*, 10, 379–385.
- Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943–1957.

- Chiou, W. B., Yang, C. C., & Wan, C. S. (2011). Ironic Effects of Dietary Supplementation: Illusory Invulnerability Created by Taking Dietary Supplements Licenses Health-Risk Behaviors. *Psychological Science*, XX(X), 1–6. doi: 10.1177/0956797611416253
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Korten, A. (2002). Web-based cognitive behavior therapy: Analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1). e3.
- Demirdjian, G. (2006). Historia de los ensayos clínicos aleatorizados. *Archivos argentinos de pediatría*, 104 (1), 56-61.
- Díaz, M. E., Jiménez, S., Barroso, I., Wong, I., Cabrera, A., & Bonet, M. (2005). Estado nutricional de la población cubana adulta. *Revista española de nutrición comunitaria*, 11(1), 18-26.
- Ernst, E. (2010). Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials. *Swiss Medical Weekly* (140:w13079)
- Erskine, J. A. K. (2008). Resistance can be futile: Investigating behavioural rebound. *Appetite*, 50, 415–421. doi: 10.1016/j.appet.2007.09.006
- Evers, C., Stok, F. M., & Ridder, D. T. D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6) 792–804. doi: 10.1177/0146167210371383
- Gil-Pérez, P. (2012). *Ansias y supresión de pensamientos relacionados con la comida: análisis de las diferencias individuales*. (Trabajo de Diploma no publicado). Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
- Gómez-Quintana, A. (2012). *Guía de Autoayuda: control de ansias e intrusiones relacionadas con la comida*. (Trabajo de Diploma no publicado). Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.

- Graham, C., Franses, A., Kenwright, M., & Marks, I. (2000). Psychotherapy by computer: A postal survey of responders to a teletext article. *The Psychiatrist*, 24, 331–332.
- Green, A. R., Larkin, M., & Sullivan, V. (2009). Oh Stuff It! The Experience and Explanation of Diet Failure An Exploration Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(7) 997–1008. doi: 10.1177/1359105309342293
- Guerra, L., & Quevedo, T. (2009). Terapia Floral: representaciones sociales. In GC-Bach (Ed.), *Cuadernos de Investigación I*. (pp. 6-24). Santa Clara: Feijóo.
- 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
- Harrison, V., Proudfoot, J., Wee, P. P., Parker, G., Pavlovic, D. H., & Vasagar, V. M. (2011). Mobile mental health: Review of the emerging field and proof of concept study. *Journal of Mental Health*, 20(6), 509–524. doi: 10.3109/09638237.2011.608746
- Hernández-Sampieri, R., Hernández- Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed.). México.
- Hidalgo-Rasmussen, C. A., Hidalgo-San Martín, A., Rasmussen-Cruz, B. & Montaña-Espinoza, R. (2011). Calidad de vida según percepción y control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes de México. *CadSaúde Pública*, 27 (2), 67-77.
- 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, 4-13. doi: 10.1177/0148607111415110

- 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. (2011). Motivation and placebos: do different mechanisms occur in different contexts? *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1828–1837.
- In S. L. Larouse (Ed.), (2009). Diccionario Enciclopédico (1). Retrieved from: <http://es.thefreedictionary.com/autoayuda>
- Kaptchuk, T. J. (2011). Placebo studies and ritual theory: a comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical healing. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1849–1858.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2010). A Cognitive Experimental Approach to Understanding and Reducing Food Cravings. *Current Directions in Psychological Science*, 19 (2), 86-90. doi: 10.1177/0963721410364494
- Laddu, D., Down, C., Hingle, M., Thompson, C., & Going, S. A. (2011). Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. . *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 512-225.

- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge Eating and Weight Control: The Role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification*, 35 (3), 252–264. doi: 10.1177/0145445510397178
- 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. doi: 10.1027/1015-5759.22.4.250
- Luciano, J. V. (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: El rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. (Disertación doctoral), Universidad de Valencia., Valencia.
- 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.
- Morales, A., & Coca, A. (2010). Obesidad, actividad física y riesgo cardiovascular: clasificación ergoantropométrica, variables farmacológicas, biomarcadores y «paradoja del obeso». *Medicina Clínica*, 134 (11), from <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/obesidad-actividad-fisica-riesgo-cardiovascular-clasificacion-ergoantropometrica-13149571-articulo-especial-2010>
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernández, M. C., Tamez, J., & Benito-Cepeda, A. (2008). Clinical Validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment*, 15 (3375-378).

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating disorders—Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline, 9, London: NICE. www.nice.org.uk.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89–103. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.008
- Nordgren, L. F., & Chou, E. Y. (2011). The Push and Pull of Temptation: The Bidirectional Influence of Temptation on Self-Control. *Psychological Science*, XX(X), 1–5. doi: 10.1177/0956797611418349
- Orozco, R. (2010). *Esencias Florales de Bach: 38 caracterizaciones dinámicas*. Barcelona: El Grano de Mostaza.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS). *Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 187-203.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2010). Obesidad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15 (2), 101-113.
- Peterson, R. D. (2008). *Food for Thought: The Relationship between Thought Suppression and Weight Control* (Disertación Doctoral), University of Central Florida, Orlando.
- Quinn, J. M., Pascoe, A., Wood, W., & Neal, D. T. (2010). Can't Control Yourself? Monitor Those Bad Habits. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(4), 499–511. doi: 10.1177/0146167209360665

- Ramos, J. M. (2007). Efecto placebo y dolor: bases cerebrales. *Neurología*, 22(2), 99-105.
- Rivas, S. R., & Cárdenas, R. (2010). Nuevas consideraciones sobre el mecanismo de acción de las esencias florales. In GC-Bach. (Ed.), *Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia*. (pp. 30-51). Santa Clara: Feijóo.
- Rodríguez, S., Mata, J. L., & Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud* 18 (1). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000100007&lang=es
- Rodríguez-Martín, B. C. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. *Hereford: Twelve Healers Trust*.
- Rodríguez, B. C., & Rodríguez, L. (2010). Esencias florales, efecto placebo y psicoterapia. In GC-Bach. (Ed.), *Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia*. (pp. 7-29). Santa Clara: Feijóo.
- Rodríguez-Martín, B. C., & Molerio-Pérez, O. (en prensa.). Esencias Florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.
- Rodríguez-Martín, B. C., Molerio-Pérez, O., Martínez-Rodríguez, L., González-Paneca, C., Brito-Salas, T., & Navarro-Otero, S. (en prensa). Estructura factorial, confiabilidad y validez del Inventario de Supresión del Oso Blanco en una muestra de población general en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*.
- Roldán, Y., González, Y., & Herrera, L. F. (2009). TDA/H y Esquema Diagnóstico de Bach: Caracterización emocional de adolescentes que presentan el trastorno. In GC-Bach (Ed.), *Cuadernos de Investigación I*. (pp. 25-45). Santa Clara: Feijóo.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., & Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de

- criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
Retrieved from: <http://predimed.onmedic.es/Portals/0/2007%2015j.pdf>
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 13(3), 381-392.
- Sanchez-Ortiz, V. C., & Schmidt, U. (2010). Self-help approaches for bulimia nervosa and binge-eating disorder. In J. E. M. In C. M. Grilo (Ed.), *The treatment of eating disorders* (pp. 359–371). New York, NY: Guilford Press.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-Regulation Choice. *Psychological Science*, XX(X), 1–6. doi: 10.1177/0956797611418350
- Simkin-Silverman, L. R., Conroy, M. B., & King, W. C. (2008). Treatment of Overweight and Obesity in Primary Care Practice: Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (4), 296-304. doi: 10.1177/1559827608317287.
- Sink, C. A., & Mvududu, N. H. (2010). Power, Sampling, and Effect Sizes: Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1, 1-18., 1(2), 1-18.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P., & Roets, A. (2006). 'When Suppression Backfires' : The Ironic Effects of Suppressing Eating-related Thoughts. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 655–668. doi: 10.1177/1359105306066615
- Sysko, R., & Walsh, B. T. (2008). A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder. . *International Journal of Eating Disorders*, 41, 97–112.
- 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
<<http://dx.crossref.org/10.1186%2F1472-6882-9-16>>

- Tempone, S. G. (2007). El placebo en la práctica y la investigación clínica. *Anales de Medicina Interna*, 24 (5), 249-252.
- Temporelli, K. L. (n.d). Análisis económico de las causas del incremento del sobrepeso y la obesidad en el mundo. Retrieved from: http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/XVI%20Jornadas%20de%20Epistemologia/Epistemolog%EDa%20de%20la%20Econom%EDa/Temporelli-%20AN%C1LISIS%20ECON%D3MICO%20DE%20LAS%20CAUSAS%20DEL%20INCREMENTO%20.pdf
- Vélez, Y. M. (2003). La influencia de lo que comemos en nuestras emociones. *Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Retrieved from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2773>
- Walach, H., Rilling, C., & Engelke, U. (2001). Efficacy of Bach-flower remedies in test anxiety: A double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover. *J Anxiety Disord*, 15(4), 359-366
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison. Ironic Mental Control Processes. *Psychological Science*, 8(3), 148-150.
- Wilson, G. T., Vitousek, K., & Loeb, K. L. (2000). Stepped-care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 564–572.
- Wilson, G. T., & Zandberg, L. J. (2012). Cognitive–behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, 32, 343–357. doi: 10.1016/j.cpr.2012.03.001

Anexo #1.

Cosentimiento Informado

Nombre del participante:

Fecha:

Mediante la presente, reconozco que he sido informado por los investigadores de las características del estudio que se pretende llevar a cabo para el control de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y su supresión. También he sido informado que tengo el total derecho de culminar mi participación en el proyecto en el momento que lo estime conveniente, así como la dirección, teléfono y nombre del responsable general del proyecto, para contactar con el mismo en 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 #3.

Entrevista Final.

1. ¿Quisiera seguir realizando el tratamiento? (1=Sí; 2=No; 3=No estoy seguro)
2. ¿Cuáles aspectos de la Guía de Autoayuda le resultaron de mayor utilidad?

Anexo #4.

Cuestionario del Ciclo del Peso (WCQ)

Instrucciones: Responda con la mayor sinceridad que pueda atendiendo a la siguiente escala: **1=** nunca; **2=** rara vez; **3=** algunas veces; **4=** a menudo y **5=** siempre

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

Anexo #5.

Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI)

Instrucciones:

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

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

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

Anexo #6.

Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida (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 relacionadas con la comida. Por favor, responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta su grado de acuerdo con ellas, a partir de la siguiente escala: **1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral; 4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.**

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

Anexo #7.

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

Instrucciones:

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

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

1. Existen aspectos sobre la forma de mi cuerpo o mi peso en las que prefiero no pensar.
2. A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
3. Tengo pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que no puedo parar.
4. Hay imágenes acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que vienen a mi cabeza que no puedo parar.
5. Mis pensamientos giran alrededor de una sola idea, mi peso o la forma de mi cuerpo.
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas mi peso o la forma de mi cuerpo.
7. A veces mi mente va tan deprisa acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que desearía poder detenerla.
8. A veces trato de alejar los problemas de mi mente relacionados con mi peso o la forma de mi cuerpo.

9. Hay pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que se mantienen rondando por mi cabeza.
10. A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo se entrometan en mi mente.
11. Existen aspectos sobre la forma de mi cuerpo o mi peso en las que intento no pensar.
12. A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
14. A menudo tengo pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que trato de evitar.
15. Tengo muchos pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que no digo a nadie.

Anexo #8.

Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ-r)

Instrucciones:

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

Cuando experimento un pensamiento desagradable o que no deseo:

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

Anexo #9.

Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos (TCAQ+)

Instrucciones:

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

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

Anexo #10.

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

Instrucciones:

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

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

Anexo #11.

Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo (FCQ-T)

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

1. Cuando estoy con alguien que esta comiendo me entra hambre.
2. Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que empiezo no puedo parar de comer.
3. A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo control y como demasiado.
4. Detesto no poder resistir la tentación de comer.
5. Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar cómo voy a conseguirlo
6. No hago más que pensar en la comida.
7. A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas.
8. A veces me encuentro pensativo preocupado con comida.
9. Como para sentirme mejor.
10. Algunas veces, mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece.
11. Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas.
12. Siento deseos intensos de comer cuando my estómago está vacío.
13. Siento como que mi cuerpo me pidiera ciertas comidas.
14. Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo.
15. Cuando como lo que deseo me siento mejor.
16. Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido.
17. Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable.
18. Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer.
19. El comer me tranquiliza.
20. Siento deseos de comer cuando estoy aburrida, enfadada, o triste.
21. Después de comer no tengo tanta ansiedad.⁵⁶
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 #12

Guía de autoayuda para reducir la presencia de los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida.

Anisleidy Gómez Quintana, Patricia Gil Pérez, MsC. Boris C. Rodríguez Martín, DraC. Zaida I. Nieves Achón y Lic. Evelyn Fernández Castillo.

Facultad de Psicología de la UCLV

Dirección: Carretera a Camajuaní, Km 5 ½ . SC.

CP:54830

Teléfono: 281363

.

Farmacia Homeopática

Dirección: Boulevard #10, esquina de

Independencia y Villuendas, SC

CP: 50100

Teléfono: 206912

¿A quiénes está dirigido este manual?

A aquellas personas con sobrepeso u obesas que en determinados momentos del día se ven invadidas por pensamientos relacionados con comida, que vienen a su mente repentinamente, son indeseados y causan el impulso de comer: “tengo ganas de comer cake”, “qué rico sería una pizza ahora”, “estoy deseoso de comer helado” entre otras. Estas ideas aparecen aún realizadas las tres comidas requeridas y la persona satisfecha. Si ante estos pensamientos, usted asume la postura de “tengo la idea de comer en mi cabeza, y mientras más trato de no pensar en eso, más quiero comer”, y se ve a sí mismo como una persona “golosa”, que merienda frecuentemente o suele “picotear” entre las comidas, este Manual le brindará una estrategia para manejarlos.

Introducción

Un cuerpo sano requiere una cantidad mínima de grasa para el buen funcionamiento de los sistemas de órganos, pero su almacenamiento en exceso puede afectar el movimiento y la flexibilidad, y puede alterar la apariencia del cuerpo. El exceso de peso se ha convertido en una epidemia a nivel mundial, más de mil millones de adultos son sobrepeso u obesos.

En el sobrepeso y la obesidad intervienen varios factores; el GENÉTICO, se ha demostrado que los hijos de padres obesos tienen menor gasto calórico en reposo, tendencia a la inactividad y “quemar” menos calorías después de una comida; los AMBIENTALES, entre ellos se encuentran los hábitos alimenticios inadecuados, la poca disponibilidad de alimentos saludables y el creciente sedentarismo relacionado a las horas frente a la TV o la computadora que limitan la quema de calorías y los CIRCUNSTANCIALES, consisten en desequilibrios hormonales (pubertad, menopausia), emocionales (duelo, mudanza, cirugía), y/o la disminución del ejercicio habitual.

La epidemia global de sobrepeso es la causante del creciente aumento de diabetes del adulto, hipertensión, colesterol y triglicéridos; todos factores de riesgo de muerte cardiovascular. Además, no debemos olvidar a la obesidad como causa de várices, artrosis de rodillas y cadera, rechazo social y discriminación, todas situaciones que condicionan fuertemente la calidad de vida. Por tanto se encuentran asociados a 60 tipos de enfermedades, entre ellos 12 TIPOS DE CÁNCER.

Existen diversas variantes en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Se han probado medicamentos con efecto a largo plazo que suprimen el apetito e impiden que el cuerpo absorba grasa de los alimentos consumidos.¹ A su vez, las cirugías para perder peso constituyen procedimientos riesgosos.² Los suplementos dietéticos no han demostrado efectividad en la reducción del peso corporal.

Las dietas constituyen la estrategia más común para combatir el sobrepeso y la obesidad en la población y existen gran variedad de ellas. Sin embargo, aunque han mostrado efectividad, la mayoría tienen la dificultad de ser poco científicas y dañinas para la salud. Para muchas personas una reducción del 5 al 10 % de su peso en menos de 1 un mes resulta deseado, ello es lo que prometen las dietas yo-yo, de rápida y fácil implementación. Esta reducción se ha comprobado que no resulta saludable ni física, ni mentalmente.

Es reconocido que un tratamiento de base científica produce resultados entre los 6 meses y el año. Ello combina: un plan de alimentación, dirigido a una restricción de calorías, una educación alimentaria sobre el valor nutricional de los alimentos, número de comidas y su distribución en el día; el aumento de la actividad física, la que elimina grasa abdominal y visceral, mantiene la masa muscular y la terapia psicológica, orientada a cambios al estilo de vida. Todo esto condiciona no solo la pérdida de peso, sino el aprendizaje de conductas saludables y así logros estables en el tiempo.

Un grupo de estudios muestran que la ½ del peso perdido se vuelve a ganar durante el año posterior al tratamiento y de 3 a 5 años, se ha recuperado o excedido el peso original. Esto puede estar relacionado con la incapacidad para mantener aquellas conductas que llevaron a la reducción del peso.

Una característica común a estas personas es el ansia de comer, condicionada por pensamientos intrusos que vienen a nuestra mente incluso habiendo comido con anterioridad, los que resultan muy difíciles de controlar. Para lidiar con estos pensamientos una estrategia frecuente consiste en proponerse no pensar en ellos, o sea, suprimirlos. Diversos estudios han confirmado que cuando las personas evitan pensar en la idea que produce el ansia de comer esta suele retornar una y otra vez. Por ello, no es la

Estos procedimientos cuentan con efectos secundarios de gran magnitud tales como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, sequedad bucal, dolor de cabeza, estreñimiento, cólicos, ansiedad, problemas para conciliar el sueño, e impidiendo muchas veces que el cuerpo absorba vitaminas

² Puede traer aparejado infección, hernia, coágulos sanguíneos en las venas de las piernas que se dirigen a los pulmones (embolia pulmonar), síndrome de evacuación gástrica rápida en el cual los alimentos pasan del estómago al intestino con demasiada rapidez y no recibir suficientes vitaminas y minerales de los alimentos

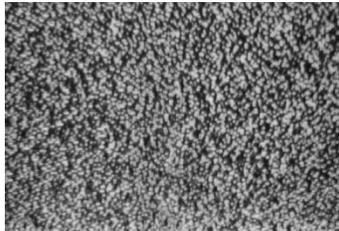
más recomendable, ya que puede constituir un **disparador** de la conducta: te lleva a comer.

Por ello, para lidiar con estos pensamientos y las ansias que producen resulta necesario no culparse o avergonzarse por tenerlos y sobre todo no tratar de suprimirlos: ¡MIENTRAS MÁS TRATE DE LIBRARSE DE ELLOS MÁS FUERTES SE TORNAN!

Estrategia

Brindarle opciones que le permitan lidiar exitosamente con los pensamientos intrusos relacionados con las ansias de comer constituye el objetivo de esta guía.

- Es imprescindible comer 3 veces al día (desayuno, almuerzo y comida) una cantidad adecuada y saludable. No se limite pero tampoco se exceda (la regulación de la cantidad de alimentos debe ser llevada a cabo por un especialista en dependencia del caso).
- Trate de ingerir los alimentos en un tiempo aproximado de al menos 20 minutos. Ello contribuirá a que se sienta satisfecho y no necesite un segundo plato.
- Entre una comida y otra, si aparece la idea de comer, imagine el eucalipto y aspire su olor por 5 min. Está demostrado que el olor del eucalipto, la pomada china o la menta, alejan los pensamientos relacionados con la comida. Otra opción es imaginar el patrón de puntos de los canales no disponibles en la TV, como el que mostramos a continuación.



- Pase menos tiempo frente a la tv de lo que solía hacerlo. Esta actividad está asociada con la ingestión de alimentos.
- Piense en qué momentos es dónde más vienen a su mente dichos pensamientos. Cuando esto suceda, salga a caminar alrededor de su manzana cerca de 30 minutos, tome un vaso de agua, o realice otra actividad que le guste dentro de la casa que no sea cerca de la cocina. Ello alejará de ud. las ansias de comer, y dará tiempo a que llegue el horario de la próxima comida.
- En la situación especial en que ud. esté cocinando, es muy común que aparezca el impulso de “picar”, por lo que es el único momento en que debe controlarlo voluntariamente mientras elabora los alimentos.
- Piense en los aspectos más significativos para su vida (no relacionados con la comida) y redacte en un espacio no mayor a una hoja por qué lo son.
- Si ud durante las dos horas y media siguientes a los horarios establecidos (desayuno, almuerzo y comida), siente deseos intensos de ingerir algún alimento específico (ej. maní, chocolate, pudín),

puede hacer un sencillo ejercicio: imagine lo más vívidamente que pueda, que lo ingiere 33 veces, pero a razón de una por vez.

- Cuando sienta ansias de comer imagine que está realizando su actividad favorita.

Estas opciones no tienen un orden específico, ni frecuencia determinada. Realice aquellas que estime conveniente según la situación.

A continuación sugerimos algunas ideas acorde a situaciones cotidianas:

-Cuando estoy compartiendo con mis amigos o en una fiesta, en vez de comer cake, bailo.

-Cuando estoy cocinando, en vez de picar, canto la canción que más me gusta.

-Cuando estoy viendo televisión o estudiando, en vez de comer, bebo sorbos de agua a intervalos regulares.

-Cuando estoy aburrido en la casa, en vez de comer, busco una actividad que distraiga mi atención. Ej. Realizar tareas domésticas, leer una revista, etc.

Es importante que conozca que esta estrategia incita a cambios en su estilo de vida por lo que sea hace imprescindible de su colaboración y esfuerzo propio para el logro del objetivo final. Sea creativo, busque actividades que lo distraigan del pensamiento comida, tales como escuchar música, leer, realizar ejercicios físicos.

Advertencias sobre las licencias: hay que mantenerse alertas con los progresos, puesto que se ha comprobado que en la medida que éstos se incrementan, las personas se tornan más auto-indulgentes, o sea, se permite comidas o meriendas que en las etapas iniciales no hacían.

Dedique más tiempo a alimentar su espíritu.

