



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Estudio de la eficacia de una propuesta de intervención para el ansia por la comida en sobrepeso y obesidad.

Alumno: María Dolores Hernández Juan

Tutor: Prof. D. Silvia Moreno Domínguez

Dpto: Departamento de Psicología

Junio, 2017

Índice

1.Resumen	1
2.Introducción	2
2.1Obesidad	2
2.2 Ansia por la comida	4
3.Justificación y objetivos	7
4. Método	11
4.1 Participantes.....	11
4.2 Descripción del programa de intervención para el ansia por la comida.	12
4.3 Instrumentos.....	16
4.4 Diseño	17
5. Procedimiento	18
6.Análisis Estadísticos.....	20
7.Resultados esperados.....	21
8.Conclusión.....	22
9.Bibliografía	24
10.Anexos.....	30

1.Resumen

Existe evidencia científica de que los patrones de ingesta son esenciales en la aparición y mantenimiento de la obesidad. En este trabajo, se lleva a cabo un estudio cuyo objetivo primordial es comprobar la efectividad de un programa de intervención sobre el ansia por la comida o food craving en adultos con sobrepeso y obesidad de tipo exógeno; esperándose conseguir una reducción del Índice de Masa Corporal (IMC), mejorando así la calidad de vida de la persona. El programa se llevará a cabo de forma grupal distribuido en 9 sesiones, en las cuales se utilizarán técnicas psicoeducativas, cognitivo-conductuales y exposición con prevención de respuesta.

Palabras clave: obesidad, ansia por la comida, IMC, intervención, exposición con prevención de respuesta.

Abstrac

There is scientific evidence that eating patterns are essential in the onset and maintenance of obesity. This work is a study, whose main goal is to verify the effectiveness of an intervention program on the food craving in overweight and obese adults of the exogenous type; hoping to achieve a reduction of the Body Mass Index (BMI), improving the quality of life of the person. The program will be in group distributed in 9 sessions, in which psychoeducational, cognitive-behavioral and exposure prevention techniques will be used.

Keywords: food craving, obesity, BMI, intervention, exposure with response prevention.

2.Introducción

2.1Obesidad

En los últimos años el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha hecho notable en la sociedad y, con ello, la preocupación por el abordaje de esta problemática. Concretamente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) «en 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos»; es decir, más del 30% de la población mundial está afectada y, con ello, predispuesta a los factores de riesgo que esto supone para la salud en todo su conjunto: física, social y psicológica. Padecer sobrepeso u obesidad disminuye la esperanza de vida, ya que a ésta se asocian diversos factores de riesgo como son: muerte prematura, enfermedades asociadas como la diabetes, problemas cardiovasculares, afecciones respiratorias, baja autoestima e insatisfacción corporal entre otros; provocando todos estos agentes una reducción de la calidad de vida de la persona afectada.

La obesidad y el sobrepeso son definidos según la OMS (2004) como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud». La obesidad es considerada como una enfermedad, pues así queda recogida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992), aunque sigue sin estar presente en la última revisión del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5).

Esta enfermedad no solo lleva consigo el aumento de peso, sino también una serie de alteraciones fisiológicas, músculo esqueléticas y psicológicas que delimitan la vida de la persona que la padecen (Martínez et al., 2008). Es frecuente que las personas obesas se encuentren crónicamente insatisfechas, de tal manera que esto las lleve a un deterioro importante de su calidad de vida y, por ende, al desarrollo de patologías crónicas. (Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010); por lo tanto, está demostrado que cuanto más alto sea el índice de masa corporal (IMC) de las personas obesas peor calidad de vida (Mannucci et al., 2010; White, O'Neil, Kolotkin, y Byrne, 2004).

Las causas de la obesidad son muy variadas, por lo que se debe tener en cuenta una interacción entre la genética de la persona, su ambiente y su conducta (Salas-Salvadó,

Rubio, Barbany y Moreno, 2007); esto permite su prevención e intervención desde una perspectiva multidisciplinar. Hay que diferenciar entre los dos tipos de obesidad. Dependiendo de la etiología que la genere, ésta puede ser endógena u orgánica y exógena. La obesidad endógena u orgánica está provocada por un problema metabólico o endocrino de la persona, y su prevalencia se encuentra entre el 5 y el 10% de las personas con obesidad. El otro 90-95% serían de tipo exógena, debida a los malos hábitos alimentarios (sobreingesta) y/o estilo de vida sedentario. A continuación, algunos modelos explicativos de las causas de la obesidad:

Siguiendo a Saldaña (1998), según el modelo del **balance energético** existe un desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas; produciéndose en las personas obesas un consumo acusado de calorías y un bajo gasto energético, conllevando a un aumento del peso.

El modelo conductual del aprendizaje completa el anterior, incluyendo los aspectos motivacionales por los cuales se produce la ingesta. Cuando se produce dicha conducta es reforzada a corto plazo por una serie de refuerzos positivos para la persona, como serían: saciedad, placer de haber consumido el alimento, y extinción del deseo y urgencia por ingerirlo; siendo estos agentes causantes del mantenimiento de la conducta de ingesta. Sería a largo plazo donde aparecerían las consecuencias negativas: el evidente aumento del peso y lo que esto conlleva (Saldaña, 1998).

Siguiendo la **hipótesis de la ingesta emocional**, la ingesta que llevaría a cabo la persona con obesidad estaría impulsada por situaciones de estrés. De este modo ante esa activación emocional aversiva, el sujeto mantendría ese comportamiento debido a las propiedades reforzantes del alimento (Robbins y Fray, 1980).

Para la medición del sobrepeso y obesidad se utiliza por su rapidez y su fiabilidad el IMC (índice de masa corporal), el cual se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros (**IMC** = peso [kg]/ estatura [m²]), y el porcentaje de grasa corporal, el cual se calcula fácilmente con básculas de bioimpedancia especializadas teniendo en cuenta el sexo y la edad de la persona; Siguiendo la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007), los criterios que se utilizan para definir el sobrepeso serían un valor de IMC ≥ 25 kg/m², y la obesidad un IMC ≥ 30 kg/m² (Salas-Salvadó et al., 2007).

2.2 Ansia por la comida

Teniendo en cuenta que la conducta de la persona es un factor determinante en las causas de la obesidad, destacaremos el constructo de ansia por la comida. Al contrario que el IMC y la grasa corporal son conceptos tangibles, el ansia por la comida presenta más complejidad a la hora de su definición y medición. Este término es conocido como food craving, entendiendo el craving según Cepeda-Benito, Gleaves, Williams y Erath (2000), como: «estados motivacionales-fisiológicos y psicológicos- que promueven la búsqueda de sustancias y la consiguiente realización de conductas de ingesta o consumo de esas sustancias, generalmente comida o drogas»; añadiendo a la definición anterior, según la CIE-10 (1992) que «El deseo es intenso y puede originarse ante la presencia de la sustancia, su olor o sabor, o ante otros estímulos que hayan estado asociados a su consumo en el pasado»

Por lo general, en algún momento determinado de la vida, se ha podido experimentar esta «sensación», entonces: ¿cuándo debería considerarse un problema? Para contestar a esta pregunta se seguirá el criterio del DSM-5, por el cual se considera un trastorno cuando éste interfiere de forma significativa en la vida de la persona.

El ansia por la comida es un factor determinante tanto en la etiología de algunos de los trastornos de la conducta alimentaria, como son la bulimia nerviosa, trastorno por atracón y la ya mencionada obesidad, entre otros; así como en el logro de la intervención sobre estos trastornos, ya que dependerá de la capacidad de control de la persona sobre ese deseo intenso y prolongado (craving) para evitar ingerir determinados alimentos (Moreno, Rodríguez y Fernández, 2009).

A continuación, algunos de los modelos explicativos del ansia por la comida, siendo estos no excluyentes y complementarios entre sí, ya que los cuatro estarían implicados en la motivación por la comida (Rodríguez, Cepeda-Benito, Fernández y Vila, 2005).

Teoría homeostática, postula que el craving se activaría en consecuencia de un déficit en el organismo, siendo éste un mecanismo de regulación para mantener el equilibrio, es decir, se produciría un desequilibrio ante la falta de una sustancia de la cual se es dependiente, apareciendo el síndrome de abstinencia. Esta teoría se ha asociado al condicionamiento clásico, por el cual un alimento consumido repetidas veces en

consonancia con unas claves externas (contexto) o claves internas (estado emocional) produciría una asociación entre dicho estímulo y la conducta de ingesta. La persona ingiere el alimento para eliminar ese estado aversivo (Havermans y Jansen, 2007).

Completando a las teorías anteriores está la **Teoría basada en el efecto de incentivo** de las sustancias, la persona consume un alimento por las cualidades placenteras que posee (Weingarten y Elston, 1990). Dicho alimento se consume ante ciertas claves contextuales o ambientales, produciéndose un condicionamiento. El food craving aparecería como consecuencia a la exposición de dichas claves, emitiendo el individuo respuestas condicionadas anticipatorias, produciéndose la ingesta del alimento para conseguir un estado de bienestar, reforzando así positivamente el food craving (Cepeda-Benito y Gleaves, 2001).

Teoría de lo automático y no automático (Tiffany, 1990; 1995) aplicada a las adicciones, pero también válida para el food craving, Ésta se refiere al procesamiento cognitivo por el cual la conducta de ingesta diaria está regulada por patrones más o menos estables en el tiempo, es decir, por procesos automáticos o controlables. Si cuando nos apetece un determinado alimento lo consumimos en el instante no se llegaría a producir ese deseo intenso por conseguirlo (automático), por el contrario, si no está disponible o si está, pero no se consume por alguna razón, el craving se dispara (proceso no automático e intencional).

Por último, **las teorías psicobiológicas** (Robinson y Berridge, 2003) postulan que las sustancias con capacidad adictiva (drogas o comida en este caso) pueden producir cambios estables en el tiempo en los circuitos de recompensa del sistema nervioso (sistemas dopaminérgicos) ocasionando un condicionamiento de la persona a las claves ambientales donde se consume la sustancia, haciendo que aparezca el ansia por la comida.

Además de las teorías ya mencionadas, existen algunos factores que predisponen la aparición del ansia por la comida, como pueden ser:

-Realización de dietas. Las personas con sobrepeso u obesidad son asiduas a realizar este tipo de dietas para perder peso, bien por insatisfacción con el propio cuerpo o por motivos de salud. Cuando se comienza una dieta, la persona ingiere menos calorías además de privarse de alimentos que le causan placer, en este caso se produciría algo así como un síndrome de abstinencia (Green, 2001). En la obesidad el ansia por la comida suele ser causante de la dificultad a la hora de reducir las cantidades en la ingesta de

alimentos y del hecho de que en la mayoría de los casos las personas obesas sean incapaces de continuar un régimen alimentario saludable (Moreno et al., 2009).

Siguiendo en la línea anterior mencionar la **teoría del punto fijo (set point)** da respuesta a por qué las personas con obesidad que han hecho dietas presentan una mayor dificultad para bajar de peso. Cada persona presenta un peso ideal, el cual está determinado en sus genes, y este «punto» es influido por las conductas que realice el sujeto. Cuanto más tiempo haya permanecido en un punto alto de peso más complicado será después bajarlo (Saldaña, 1998).

-Los estados emocionales. Estos tienen un demostrado efecto de influencia sobre la conducta alimentaria, según Moreno et al. (2009) «Los estados de ánimo que más se han relacionado con la alimentación emocional son el estrés, el aburrimiento, la depresión, la frustración, la ira y la ansiedad», por lo tanto, la conducta de comer actuaría para huir de ese estado aversivo. Esta alimentación emocional por la cual se ingiere ante un estado de ánimo negativo tiende a darse con mayor frecuencia en personas con sobrepeso u obesidad (Ganley, 1989).

3. Justificación y objetivos

Existen suficientes estudios que ponen de manifiesto la utilidad de las técnicas de intervención psicológica en el tratamiento de la obesidad. Uno de los estudios en el cual se ha comprobado la eficacia de las técnicas de la propuesta de intervención es el elaborado por Iruarizaga, Romero, Rubio y Cabreriso en 2001, cuyo objetivo fundamental fue dotar de estrategias de regulación emocional disminuyendo así niveles de ansiedad, además de dotar de habilidades para aumentar el control en la ingesta, en personas con obesidad. En este programa se utilizaron técnicas de carácter cognitivo-conductual, las cuales se vieron eficaces en el tratamiento de la obesidad. Las recogidas para la propuesta de intervención son:

- Las técnicas psicoeducativas, cuyo objetivo, además de enseñar a la persona a saber lo que le ocurre, es el aumento de la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, el éxito de la intervención; entendiendo adherencia como una participación activa y colaborativa del paciente (Camacho, 2003).

- El desarrollo de hábitos saludables, normalizando así la conducta alimentaria: según Moreno et al. (2009) una conducta alimentaria desequilibrada y sin un orden, aumenta la probabilidad de un aumento de los episodios de ansia por la comida; contribuyendo a un incremento del peso y de trastornos del comportamiento alimentario, en este caso la obesidad. Por lo tanto, instaurar unos hábitos saludables y organizados en la alimentación es fundamental para abordar el sobrepeso y la obesidad.

- Entrenamiento en resolución de problemas, esta técnica desarrollada por D'Zurilla y Golfried (1971), es un método sistemático de 5 fases que proporciona unas pautas eficaces para la resolución de conflictos previniendo en este caso la ingesta emocional, además de fomentar habilidades opuestas a las conductas problema como son la aparición del ansia por la comida y las conductas de ingesta. Murawski et al. en 2009 hallaron que el entrenamiento en resolución de problemas optimizaba la adherencia al tratamiento y ayudaba a la pérdida de peso.

Otra técnica en la cual se basa la propuesta de intervención para el abordaje del ansia por la comida, es la exposición prolongada con prevención de respuesta. La lógica que subyace de esta técnica es el establecimiento de una asociación repetida entre una serie de estímulos incondicionados y el consumo de una determinada sustancia provoca

que dichas claves adquieran la competencia de inducir por si mismas la respuesta fisiológica de craving por consumir dicha sustancia (Tiffany, 1994). Siguiendo con lo expuesto anteriormente, el ansia se produce como resultado de un condicionamiento previo. Por lo tanto, la intervención irá en caminata a la ruptura de la relación entre los estímulos condicionados (alimentos, situaciones etc.) y la conducta de ingesta. Este desaprendizaje se logra a través de la exposición a los estímulos condicionados que provocan el craving, con prevención de la conducta de ingesta (Moreno et al., 2009). La técnica de exposición prolongada con prevención de respuesta para el ansia por la comida demostró su eficacia en el estudio de Toro et al. en 2003, en el cual se utilizó exposición prolongada con prevención de respuesta en mujeres con bulimia nerviosa para extinguir el ansia por la comida en presencia de las claves (alimentos) que provocaban esa ansiedad anticipatoria; encontrando en los resultados una reducción significativa de la ingesta de comida. Otro estudio donde se refleja la eficacia de esta técnica, fue llevado a cabo en un estudio piloto por Jansen, Broekmate y Heymans (1992), en personas con trastorno por atracón. En primer lugar, los participantes jerarquizaban situaciones problemáticas que inducían al atracón y los alimentos que solían comer durante el episodio. Posteriormente, se sometió a exposición a los alimentos deseados desencadenantes del food craving (estímulos condicionados) dando instrucción de no realizar la conducta de ingesta (prevención de respuesta); los participantes olían, tocaban e incluso probaban los alimentos. Éstos debían mantenerse en presencia del estímulo hasta que el ansia por la comida se redujera significativamente o hasta desaparecer. Tras un periodo de tiempo llevando a cabo la exposición se encontró que disminuyó el ansia por comer en presencia de claves facilitadoras del atracón. Esta técnica puede ser empleada en todas las conductas de pérdida de control de la ingesta (Moreno et al., 2009), siendo en este caso personas obesas con ansia por la comida.

Una problemática asociada que hay que tener en cuenta durante la intervención son las recaídas. Según Ravenna (2009), las personas con problemas de peso no tienen por qué ser adictas a la comida, pero sí que existe un vínculo que puede llegar a ser adictivo en el momento que la persona quiere parar de ingerir, pero pierde el control de su conducta. La obesidad comparte con otras adicciones el problema de las recaídas, (Saldaña y Bados, 1988) siendo ésta, un retorno del hábito ya extinguido pudiendo dar lugar a una recaída total (Marlatt y Gordon, 1985). Algunas personas recuperan el peso perdido ya que se origina una recaída, pudiendo ir precedida de estados afectivos

negativos (Gormally, Rardin y Black, 1980); por lo tanto, a la hora de la intervención se debe tener en cuenta la problemática de las recaídas, siendo el objetivo fundamental de los programas de prevención, aumentar la posibilidad de que la persona «adicta» sea capaz de aumentar su autoeficacia ante las claves que le incitan al consumo (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008). La utilización de técnicas cognitivo-conductual, como son entrenamiento en resolución de problemas, se han visto eficaces frente a las recaídas en personas con adicciones (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986); a través de éstas, se incrementa el autocontrol de la persona sobre su conducta de ingesta compulsiva de comida vinculada a la desregulación emocional para prever y afrontar las dificultades de las recaídas en el trascurso de cambio de las conductas adictivas (Blasco et al., 2008; Brown y Ryan, 2003).

La revisión de la literatura ha mostrado la importancia de realizar un programa dirigido a intervenir específicamente sobre el ansia por la comida en personas con obesidad, ya que este constructo es uno de los mecanismos causantes y de mantenimiento de esta enfermedad tan grave que cada vez padecen más y más personas, sufriendo las consecuencias negativas para salud que esta conlleva. Hay estudios que muestran programas de intervención eficaces para la obesidad y también para el ansia por la comida, pero no una intervención específica conjunta para ambos problemas. Esto puede ser explicado a que la obesidad no es considerada como un trastorno de la conducta alimentaria y por lo tanto se ha prestado más atención a los trastornos si recogidos en el DSM-5. Por lo tanto, se ve conveniente y necesario la realización de un programa específico del ansia por la comida en adultos con sobrepeso u obesidad. Dicha propuesta estará constituida por técnicas que se han visto eficaces en programas previos tanto para la obesidad como para el ansia por la comida, siendo las técnicas centrales del programa de intervención: la psicoeducación, normalización de la conducta alimentaria, entrenamiento en resolución de problemas y exposición prolongada con prevención de respuesta.

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

- Comprobar la eficacia de la propuesta de intervención sobre el ansia por la comida en adultos con obesidad.
- Analizar los cambios producidos en el constructo ansia por la comida, el IMC y la grasa corporal en los participantes tras la realización del programa.

-Analizar si existen diferencias significativas tras la intervención entre el grupo experimental y el grupo control.

Se espera encontrar que después de la intervención, las personas participantes que hayan recibido el tratamiento eliminen o reduzcan el ansia por la comida, y que disminuya su número de ingestas disfuncionales, con respecto al grupo control. También se espera que bajen de peso y, por tanto, reduzcan tanto su IMC como el porcentaje de grasa corporal.

4. Método

4.1 Participantes

Para la realización del estudio se espera contar con una muestra de 40 participantes de los dos sexos, de los cuales 20 recibirán el tratamiento y 20 serán el grupo control.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son los siguientes:

- Ser mayor de 18 años.

- Padecer sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) u obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) de tipo exógena, y un porcentaje de grasa corporal correspondiente según la edad y el género al criterio de alto/obesidad.

- Presentar ansia por la comida, medida con los cuestionarios Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) y Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S).

Se ha escogido este rango de edad debido a que los participantes presentan la madurez e independencia necesarias para participar en esta propuesta de intervención. Asimismo, en esta fase adulta, suele haber un cambio a un estilo de vida más sedentario además de un aumento del tamaño de las células grasas (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004). También, es una de las etapas de la vida donde existe una alta prevalencia de estrés y ansiedad (García-Prieto, Tébar, Nicolás, Larqué, Zamora y Garaulet, 2007); estando esto en consonancia con el ansia por la comida.

4.2 Descripción del programa de intervención para el ansia por la comida.

La propuesta de intervención consiste en un programa específico para el ansia por la comida en adultos que padecen sobrepeso u obesidad. Las técnicas de las cuales se compone el programa son técnicas psicoeducativas, normalización de la conducta de alimentaria mediante la instauración de hábitos alimentarios saludables, entrenamiento en resolución de problemas y exposición con prevención de respuesta.

El programa se llevará a cabo en sesiones grupales de 20 personas, y constará de 9 sesiones de una duración de 90 minutos cada sesión, llevándose a cabo 2 sesiones por semana. Se ha considerado pertinente utilizar la terapia grupal por sus beneficios en los participantes, ya que comparten la experiencia con personas con su misma problemática, además de enriquecerse de las experiencias de los demás miembros del grupo; también, presenta ventajas económicas y de tiempo (Fairburn y Cooper, 2011).

El **objetivo general** que persigue la propuesta de intervención es aprender a controlar el ansia por la comida, reduciendo así las conductas de ingesta en personas con sobrepeso y obesidad, mediante la utilización de distintas técnicas psicoterapéuticas, alcanzando una reducción del IMC y grasa corporal, aumentando así la calidad de vida.

En el mismo sentido, los **objetivos específicos** son: tomar conciencia de la problemática del sobrepeso y sus consecuencias para la salud; conocer qué es el ansia por la comida, cómo afecta y mantiene la obesidad; adquirir herramientas para reducir las sensaciones fisiológicas y de ansiedad provocadas por el ansia por la comida; adquirir hábitos de ingesta saludables y equilibrados; adquirir habilidades en la resolución de problemas, aumentando así el autocontrol y la autoeficacia; aprender a gestionar de forma funcional los estados emocionales negativos y estrés mediante la adquisición de habilidades en resolución de problemas.

A continuación, se describen los contenidos del programa sesión a sesión:

Sesión 1: Evaluación pretratamiento

En esta sesión el terapeuta se presentará y hará un breve resumen de los contenidos del programa. Posteriormente explicará los instrumentos de medida, y se llevará a cabo

la evaluación pretratamiento de todos los participantes con los instrumentos de medida correspondientes.

Sesión 2: Psicoeducación y establecimiento de la línea base.

Los objetivos de esta sesión son mejorar la comprensión y etiología del ansia por la comida y obesidad, y establecer la línea base de las conductas de ingesta provocadas por el ansia por la comida mediante un autorregistro. Para ello se llevará a cabo una charla explicativa impartida por el terapeuta donde se expondrán: el constructo de ansia por la comida, su etiología, las causas que la mantienen; el concepto de obesidad, su etiología, las causas que la mantienen, así como la relación que guardan ambos conceptos y las consecuencias negativas para la salud que esto supone. Todo esto se explicará de forma sencilla y comprensible para los participantes, resolviendo todas las dudas presentadas por los participantes. A continuación, se repartirán unos autorregistros a los participantes y se explicará cómo cumplimentarlo. Se incidirá en la importancia del compromiso de cumplimentar diariamente el autorregistro de forma sincera y constante hasta finalizar la intervención. Las variables que se deben registran en el autorregistro son: cuando y qué ha producido el ansia por la comida, si se produce la conducta de ingesta y el alimento que se consume. También se incluirá el IMC y el porcentaje de grasa corporal; este dato solo se rellenará una vez por semana.

Sesión 3: Normalización de la conducta alimentaria

Los objetivos de esta sesión son adquirir hábitos alimentarios saludables y estructurar un horario para cada comida del día, normalizando así la conducta alimentaria. Para ello, el terapeuta explicará la importancia de unos hábitos saludables en la conducta alimentaria, resaltando como influyen esos hábitos en el ansia por la comida. A continuación, cada integrante hará un horario de comidas adaptado a sus necesidades en el que debe incluir las 3 comidas importantes del día como son el desayuno, comida y cena, y 2 tentempiés al medio día y a la hora de la merienda.

Sesión 4-5: Entrenamiento en resolución de problemas

El objetivo de estas sesiones es aprender a solucionar problemas de forma adaptativa. Para ello, en un primer momento, el terapeuta explicará en que consiste la técnica de entrenamiento en solución de problemas y el porqué de su utilización. Posteriormente cada participante expondrá un problema que haya tenido en su vida real (a ser posible que esa situación le haya producido ansia por la comida). A continuación, se llevará a la práctica la técnica aprendida, es decir, el entrenamiento en cinco fases sistemáticas siguiendo las indicaciones del terapeuta: orientación general hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución. Los participantes contestarán en un papel la respuesta de casa fase del enteramiento a su problema concreto, y posteriormente se pondrán en común, ayudando el terapeuta a corregir los posibles fallos. Posteriormente, se les pedirá que practiquen en casa esta técnica con los problemas que puedan ir surgiendo en su día a día, exponiendo la tarea resuelta en la próxima sesión.

Sesión 6-7-8: Exposición con prevención de respuesta.

Los objetivos de estas sesiones son reducir el ansia por la comida a través de la exposición con prevención de respuesta. Para ello, el terapeuta explicará a los participantes la fundamentación que subyace a la técnica y el objetivo a conseguir con las misma, logrando así un mayor entendimiento y comprensión de la lógica y el funcionamiento de la misma. En primer lugar, se identificarán y seleccionarán en una lista los alimentos/situaciones más problemáticas tomando conciencia de que estímulos son los provocadores del ansia por la comida; esto se llevará a cabo con la información recogida de cada participante en su autorregistro y con ayuda del terapeuta. Teniendo en cuenta la lista realiza anteriormente, se llevará a cabo la exposición en vivo con prevención de respuesta. Se incidirá en que en un primer momento los niveles de ansia por la comida subirán en presencia de los estímulos desencadenantes de ésta, pero que poco a poco irá disminuyendo hasta desaparecer. En un primer momento la exposición se hará solo a los alimentos y posteriormente en las próximas sesiones los participantes deberán imaginar las situaciones seleccionadas que les provocan ansia por la comida. Cada sujeto tendrá una mesa en la que se encontrarán sus alimentos concretos desencadenantes del ansia. El participante deberá coger, tocar y oler el alimento; una vez

hayan bajado los niveles de ansiedad se dará por concluida la sesión; y así con los 20 participantes. La duración de cada sesión dependerá de cada persona no terminando hasta reducir considerablemente los niveles de ansia por la comida.

Sesión 9: Evaluación pos tratamiento.

En esta sesión el terapeuta llevará a cabo la evaluación postratamiento.

4.3 Instrumentos

-Informe médico que descarte que la persona que padece obesidad es de causa endógena u orgánica.

-Para medir el sobrepeso y la obesidad: medida del IMC y grasa corporal, teniendo en cuenta que los valores se encuentren en el rango de sobrepeso u obesidad.

-Para la medición del ansia por la comida se aplicarán como medidas de autoinforme los siguientes cuestionarios (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernández, Vila, Tara y Reynoso, 2000; Cepeda-Benito, Fernández, y Moreno, 2003):

Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) (Ver anexo I): mide los deseos de comer característicos de la persona (cravings de rasgo). Para responder al cuestionario se emplea una escala de 6 puntos donde el sujeto debe indicar con un número del 1 al 6 si las afirmaciones que se plantean le suceden: *Nunca* (1), *Raramente* (2), *Algunas veces* (3), *A menudo* (4), *Casi siempre* (5) o *Siempre* (6) Para la corrección de la escala como para la de cada factor por separado, se sumarán las puntuaciones de cada posibilidad de respuesta (Moreno et al., 2009).

Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S) (Ver anexo II): mide la intensidad de los deseos de comer en el presente inmediato (craving situacional). Para contestar al cuestionario se usa una escala de 5 puntos tipo *Likert*, la persona debe contestar si está: *Absolutamente de acuerdo* (1), *Casi nada de acuerdo* (2), *Neutral* (3), *Un poco de acuerdo* (4) o *Muy de acuerdo* (5) dependiendo de la afirmación que proceda. El cálculo de las puntuaciones directas de la escala como para la de cada factor por separado, se sumarán las puntuaciones de cada posibilidad de respuesta (Moreno et al., 2009).

Autorregistro, en el cual se recogerán episodios de ansia por la comida, alimentos ingeridos, estímulos desencadenantes del ansia, el IMC y el porcentaje de grasa corporal. Aparte de instrumento de evaluación será también una herramienta para mantener la motivación y comprobar visualmente los avances obtenidos previendo posibles recaídas (Saldaña y Bados, 1988).

Se han escogido estas pruebas dada su fácil aplicación y corrección, así como y su alta validez y fiabilidad.

4.4 Diseño

El estudio seguirá una metodología cuantitativa con un grupo experimental y un grupo control compuesto de 20 personas cada uno. El grupo experimental recibirá la intervención y el grupo control se establecerá en lista de espera recibiendo lecturas sobre la importancia de una buena alimentación. Con el objetivo de comprobar la eficacia del programa se realizará una evaluación pre y post tratamiento con los mismos instrumentos de medida tanto al grupo experimental como al grupo control. La variable dependiente en este caso es el IMC, el porcentaje de grasa corporal y el constructo ansia por la comida, operativizada a través de cuestionarios; y la independiente es haber recibido la intervención.

5. Procedimiento

El estudio se compone de las siguientes fases: diseño del programa de intervención, captación de los posibles participantes, evaluación pretratamiento, aplicación de la intervención y evaluación postratamiento.

La muestra se conseguirá a través de un acuerdo con la unidad de endocrinología de la clínica privada Cristo Rey en Jaén, los cuales se pondrán en contacto con sus pacientes con sobrepeso y obesidad para informarles sobre la realización de dicho programa de intervención. Se le facilitará al personal administrativo de la clínica un resumen con los objetivos, el contenido de las sesiones, duración y fechas de realización de las mismas. La intervención se llevará a cabo en la misma clínica en una sala habilitada con sillas y mesas para cada participante.

La evaluación pre servirá tanto para marcar la línea base de la intervención como para la selección de los participantes, llevándose a cabo en la primera sesión. Se recogerán las medidas del IMC y porcentaje de grasa corporal de cada posible participante mediante una báscula cedida por la clínica, y se administrarán los cuestionarios Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) y Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S). Esto se llevará a cabo en una sesión grupal realizada por el terapeuta encargado de la intervención, el cual se presentará a sí mismo y al programa. Además, se les pedirá a los participantes que firmen un consentimiento informado por el cual acceden a participar en la intervención y a la utilización de sus datos con fines formativos (Ver Anexo III). La participación será totalmente voluntaria, pudiendo abandonarse en cualquier momento si la persona así lo requiriese.

Una vez recogidos los datos de la evaluación pre se escogerán aquellos participantes que cumplan los criterios de inclusión expuestos anteriormente, se seleccionarán 20 hombres y 20 mujeres, se dividirán al azar en dos grupos, un grupo experimental y otro grupo control. Cada grupo constará de 20 personas siendo la mitad mujeres y la mitad hombres. Posteriormente el grupo experimental recibirá la intervención llevada a cabo en las sesiones correspondientes, tras finalizar cada sesión los participantes recibirán un resumen con los contenidos tratados y se resolverán las dudas pertinentes; también se le pedirá al grupo experimental que no revele los contenidos dados durante el programa al grupo control, para controlar así la fiabilidad de la intervención.

Los participantes del grupo control permanecerán en lista de espera recibiendo información sobre hábitos de conducta alimentaria saludable, la cual se enviará a sus correos electrónicos. Tras llevar a cabo el programa si los resultados son positivos cumpliendo los objetivos de trabajo, se les dará la posibilidad de recibir la intervención.

Al grupo control se le aplicará la evaluación tanto pre (aplicada para la selección de participantes) como post en las fechas de comienzo y finalización de la propuesta de intervención. Tras finalizar la intervención se llevará a cabo la evaluación post en una sesión grupal con el grupo experimental y el grupo control, pasando los mismos instrumentos utilizados en la evaluación pre. Una vez obtenidos los resultados del estudio mediante los análisis estadísticos correspondientes, se les comunicará a los participantes mediante una sesión informativa, y se les entregará sus resultados en un sobre cerrado.

6.Análisis Estadísticos.

Además de un análisis descriptivo de los resultados, para comprobar las diferencias significativas entre los dos grupos de participantes se realizará un análisis unifactorial de varianza (ANOVA), con un nivel de significación de $p < 0,05$, tomando como variables dependientes las puntuaciones en los cuestionarios FCQ-T y FCQ-S, el IMC y el porcentaje de grasa corporal, y como variable independiente haber recibido o no el tratamiento psicológico para el ansia por la comida. Los análisis estadísticos se realizarán usando el programa SPSS (Statistical Ppackage for the Social Sciences).

7.Resultados esperados

En base a la literatura y al programa de intervención propuesto, tras la intervención se espera que el grupo experimental reduzca significativamente o elimine el ansia por la comida adquiriendo el control sobre las conductas de ingesta y la bajada de peso consiguiente. El grupo control, el que no recibe la intervención, se mantendrá prácticamente igual a cuando se hizo la evaluación pre, demostrando la eficacia de la propuesta del programa de intervención. Por lo tanto, se aceptaría que:

-Después de que los participantes reciban la intervención se espera que eliminen o reduzcan el ansia por la comida, disminuyendo así las conductas de ingesta disfuncionales.

-Después de que los participantes reciban la intervención se espera que bajen su IMC y porcentaje de grasa corporal, mejorando así su calidad vida

8.Conclusión

En el presente trabajo se quiere demostrar la eficacia de una propuesta de intervención específico para en el ansia por la comida en personas con obesidad. Debido al aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta última década, se ha hecho notable la preocupación en la sociedad ante esta problemática. Esta enfermedad trae consigo un aumento acusado del peso además de alteraciones del organismo, ya sean fisiológicas, musculo esqueléticas y psicológicas. Las causas de la obesidad son variadas, ya que se debe tener en cuenta una interacción entre la genética de la persona, su ambiente y su conducta, siendo la conducta de ingesta un factor primordial en la causa y mantenimiento de la obesidad. Esta propuesta se centra en el ansia por la comida, siendo definida como un estado motivacional, fisiológico y psicológico que origina el impulso hacia las conductas de ingesta. Por lo tanto, el ansia por la comida es considerada como factor determinante tanto en la etiología de la obesidad, como en la efectividad de la intervención, pues dependerá de la capacidad de control de la persona para controlar ese deseo o impulso hacia la comida para impedir realizar la conducta de ingesta.

Tras la revisión de la literatura, se encuentra que existen suficientes estudios que ponen de manifiesto la utilidad de las técnicas de intervención psicológica en el tratamiento de la obesidad y del ansia por la comida por separado, por lo tanto, en este trabajo se llevará a cabo un estudio con el objetivo de comprobar la eficacia de la propuesta de intervención reflejada anteriormente para ambas problemáticas conjuntamente.

En primer lugar, se lleva a cabo la elaboración de la propuesta de intervención teniendo en cuenta la literatura previa, en la que se incluirán técnicas de psicoeducativas, cognitivo conductuales y exposición con prevención de respuesta, para posteriormente comprobar su eficacia mediante un estudio experimental formado por un grupo experimental y un grupo control. Una vez llevado a cabo el estudio, se esperan encontrar diferencias significativas entre ambos grupos, habiendo eliminado o reducido el ansia por la comida, disminuyendo así su número de ingestas disfuncionales, con respecto al grupo control y, por ende, también se espera que bajen de peso y, por tanto, reduzcan tanto su IMC como el porcentaje de grasa corporal.

Se encuentra que el ansia por la comida ha sido estudiada junto a trastornos de la conducta alimentaria como son la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón en múltiples ocasiones, pero no concretamente en la obesidad, pudiendo ser debido a que actualmente no es considerada como un trastorno mental. Hay que tener en cuenta que la obesidad es considerada como la epidemia del siglo XXI, por lo tanto, se ve muy necesario la intervención sobre el ansia por la comida siendo factor causal y de mantenimiento de la obesidad.

9.Bibliografía

- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. y Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing re- lapse. *American Psychologist*, 41(7), 765-782.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires. Recuperado <http://www.javiercamacho.com.ar/index-entrar/articulos.swf>
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L. y Erath, S. T. (2000). The development and validation of the stat and trait food cravings questionnaires. *Behavior Therapy*, 31, 151-173.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernández, M. C., Vila, J., Tara, L. y Reynoso, J. (2000). The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1125-1138.

- Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D. H. (2001). A critique of food cravings research: Theory, measurement, food intake. En M.M Hetherington (Ed.), *Food Cravings and Addition* (pp. 1-12). Surrey, U.K.: Leatherhead.
- Cepeda-Benito, A., Fernandez, M. C. y Moreno, S. (2003). Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, 40(1), 47-54.
- D'zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 373-378.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literatura. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 343-361.
- García-Prieto, M. D., Tébar, F. J., Nicolás, F., Larqué, E., Zamora, S. y Garaulet, M. (2007). Cortisol secretary pattern and glucocorticoid feedback sensitivity in women from a Mediterranean area: relationship with anthropometric characteristics, dietary intake and plasma fatty acid profile. *Clinical Endocrinology*, 66(2), 185-191
- Gormally, J., Rardin, D. y Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 27(2), 179-191.

- Green, M. (2001). Dietary restraint and craving. En M.M. Hetherington (Ed.), *Food Cravings and addiction* (pp.171-186). Surrey, UK: Leatherhead Publishing.
- Havermans, R. C. y Jansen, A. (2007). Evaluative conditioning: A review and model. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(2), 38-49.
- Iruarizaga, I., Romero, N., Rubio, M. y Cabreriso, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Psicología.com*, 5(3).
- Jansen, A., Broekmate, J. y Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 235-241.
- Mannucci, E., Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C.M., Apolone, G., Marchesini, G. y QUOVADIS Study Group (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 90.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. R. (Ed.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P. P., ... y Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta medica grupo Ángeles*, 6(4), 147.
- Moreno, S., Rodríguez, S. y Fernández, M. C. (2009). *¿Qué es el ansia por la comida?*. Madrid, España: Pirámide.

Murawski, M. E., Milsom, V. A., Ross, K. M., Rickel, K. A., DeBraganza, N., Gibbons, L. M. y Perri, M. G. (2009). Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eating Behaviors*, 10(3), 146-151.

Ocampo-Barrio, P. y Pérez-Mejía, A. N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 36(6), 325-331.

López-Ibor, J. J. (1992). Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). *Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, 10.

Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Extraído el 10 de abril del 2017 desde:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 311, Junio 2016:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Ravenna, M. (2009). *Aprende a comer. El método Ravenna*. Buenos Aires: Ediciones B.

Robbins, T. W. y Fray, P. J. (1980). Stress-induced eating: fact, fiction or misunderstanding?. *Appetite*, 1, 103- 133.

Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.

- Rodríguez, S., Fernández, M. C., Cepeda-Benito, A. y Vila, J. (2005). Subjective and physiological reactivity to chocolate images in high and low cravers. *Biological Psychology*, 70, 9-18.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M.A., Barbany, M., Moreno, B. y Grupo Colaborativo de la SEEDO (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.
- Saldaña, C. y Bados, A. (1988). El problema del mantenimiento en el tratamiento de la obesidad. Un modelo de intervención para la prevención de la recaída. *Anuario de Psicología*, 38(1), 49-66.
- Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. *Manual de terapia de conducta*, 2, 215-275.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug use behaviour: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Tiffany, S. T. (1994). The function of classical conditioning in drug taking. En D. C. Drummond, S. T. Tiffany, S. P. Glautier y B. Remington (Eds.), *Addiction: Cue exposure, Theory and Practice*. London: John Wiley y Sons.
- Tiffany, S. T. (1995). The role of cognitive factors in reactivity to drug cues. En D. C. Drummond, S. T. Tiffany, S. P. Glautier, y B. Remington (Eds.), *Addictive Behavior: Cue exposure, Theory and Practice* (pp. 145-162). New York: John Wiley y Sons.

Toro, J., Cervera, M., Feliu, M. H., Garriga, N., Jou, M., Martinez, E. y Toro, E. (2003). Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 227-234.

Weingarten, H. P. y Elston, D. (1990). The phenomenology of food cravings. *Appetite*, 15, 231-246.

White, M. A., O'Neil, P. M., Kolotkin, R. L. y Byrne, T. K. (2004). Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obesity Research*, 12 (6), 949-955.

10. Anexos

Anexo I

FCQ-T

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay a la derecha de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase la frecuencia con que tú te sientes así, o hasta qué punto cada comentario describe cómo tú piensas o te sientes **en general**.

Nunca (1)	Raramente (2)	Algunas veces (3)
A menudo (4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)

1. ____ Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre
2. ____ Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que me pongo a comer no puedo parar
3. ____ A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo el control y como demasiado
4. ____ Detesto no poder resistir la tentación de comer
5. ____ Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer
6. ____ No hago más que pensar en la comida
7. ____ A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas
8. ____ A veces me encuentro pensativa y preocupada por la comida
9. ____ Como para sentirme mejor
10. ____ Algunas veces mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece
11. ____ Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas
12. ____ Siento deseos intensos de comer cuando mi estómago está vacío
13. ____ Siento como si 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 deprimida
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 tantas ansiedades
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 pueda
24. ____ Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente
25. ____ No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan
26. ____ Una vez que me pongo a comer tengo problemas para 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 despierta y estoy soñando en comer
31. ____ Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que como lo que se me antojó
32. ____ Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionada 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 mí 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 II

FCQ-S

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay al lado de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase hasta qué punto tú estás de acuerdo con el comentario que se hace, o hasta qué punto tú te sientes así **ahora mismo**. Por favor, observa que algunas preguntas se refieren a una o varias comidas en particular (comidas que te apetecerían ahora), mientras que otras se refieren a comidas que te apetecen en general.

Absolutamente nada de
acuerdo (1)

Un poco de acuerdo (4)

Casi nada de acuerdo (2)
Muy de acuerdo (5)

Neutral (3)

1. ____ Ahora mismo tengo un deseo intenso de comer una o varias comidas en particular
2. ____ Ahora mismo tengo un antojo por una o varias comidas en particular
3. ____ Ahora mismo me urge comer una o varias comidas en particular
4. ____ Si pudiera comer una o varias comidas en particular me sentiría perfectamente
5. ____ Estoy segura de que si comiera lo que deseo mi humor mejoraría
6. ____ Comer una o varias comidas en particular me haría sentir maravillosamente
7. ____ Si comiera algo no me sentiría tan débil y aletargada
8. ____ Me sentiría menos antipática e irritable si pudiera satisfacer mis deseos de comer
9. ____ Me sentiría más alerta si pudiera satisfacer mis deseos de comer
10. ____ Si tomara una o varias comidas en particular no podría parar de comerlas
11. ____ Mi deseo de comer una o varias comidas en particular puede más que yo

12. _____ Ahora mismo sé que voy a seguir pensando en lo que me apetece hasta que lo consiga
13. _____ Tengo hambre
14. _____ Si pudiera comer algo ahora mismo mi estómago no se sentiría tan vacío
15. _____ Me siento débil por no comer

Anexo III

Consentimiento informado

Los objetivos de este estudio son mejora del control del anisa por la comida y mejora del IMC de los participantes.

Se mantendrá la confidencialidad de los todos los datos recopilados en la intervención, usándose solamente con fines docentes y de investigación.

Los datos recogidos durante el estudio serán usados para fines docentes y de investigación

La participación es voluntaria y se podrá abandonar la intervención en el momento que el participante así lo deseé, avisando previamente al terapeuta.

Si el participante no pudiese asistir a alguna sesión se compromete a avisar al terapeuta al menos con un día de antelación.

Jaén, a.....de.....del.....

Firma Participante

Firma Terapeuta