



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN
PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

TUTORA
MARIEMMA ANTOR

AUTOR
GLAUCIA PEREDA

CARACAS, JUNIO DE 2018

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

Comportamiento Alimentario y Autorregulación en Personas Normopeso y Obesas.

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Psicología)

Tutora:

Mariemma Antor ¹

Autor:

Glauca Pereda ²

¹ Mariemma Antor, Departamento Metodológico, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: mariemmaantor@yahoo.com

² Glauca Pereda, Departamento de Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: glaupsicoantropo@gmail.com

Agradecimientos

Un profundo agradecimiento a la profesora Mariemma Antor por facilitarme con esmero y paciencia las herramientas y conocimientos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

A la empresa de Cosméticos Rolda C.A y los integrantes de la Unidad de Seguridad y Salud Laboral, por abrirme las puertas de su organización.

Al Dr. Alberto Salinas y el equipo del Servicio de Cirugía Bariátrica del Hospital de Clínicas Caracas, por brindarme generosamente la oportunidad de realizar mi estudio con sus pacientes bariátricos.

Al Dr. José Pestana y el equipo de trabajo de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario de Caracas por su fundamental colaboración y asistencia en la ejecución de esta investigación.

A los participantes de esta investigación los cuales, sin escatimar esfuerzos, dedicaron parte de su tiempo para colaborar en la consolidación de este proyecto.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la autorregulación y el comportamiento alimentario. Para esto se administraron el Cuestionario Holandés de Comportamiento Alimentario DEBQ (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986) y el Inventario de Autorregulación del Peso (Lugli, Arzolar y Vivas, 2006) a 161 personas (46 normopeso, 37 obesos no operadas, 46 obesos candidatos a la cirugía bariátrica y 32 obesos sometidos a cirugía bariátrica) con edades comprendidas entre 13 y 77 años. El estudio fue transversal y correlacional. Con niveles de significación de $p < ,005$ y $p < ,001$, se observaron correlaciones positivas entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y de actividad física en los cuatro grupos: un mayor control en los hábitos alimentarios se asoció con un mayor control de la actividad física. Igualmente, en todos los grupos se observaron correlaciones positivas entre la autorregulación de los hábitos alimentarios y la alimentación restrictiva de forma que, a mayor autorregulación en la alimentación, mayor alimentación restrictiva. Además, en el grupo de obesos no sometidos a cirugía bariátrica hubo una correlación negativa ($r = -,372$, $p < ,005$), entre la alimentación restrictiva y externa: a mayor comportamiento alimentario restrictivo, menor alimentación ante los estímulos relacionados con la comida. En los cuatro grupos se encontraron correlaciones positivas entre alimentación emocional y externa, es decir, una menor alimentación emocional se relaciona con menor alimentación externa. Por último, en el grupo de obesos operados existe una correlación negativa ($r = -,422$, $p < ,005$), entre la autorregulación de los hábitos alimentarios y la alimentación externa, lo que muestra que niveles de autorregulación menores, se relacionan con una mayor tendencia a la alimentación externa. Estos resultados muestran como el control sobre el propio comportamiento tiene una importancia fundamental para llevar a cabo comportamientos saludables, tales como la autorregulación de los hábitos alimentarios, de actividad física, restricciones en la dieta, y menor alimentación ante los estímulos relacionados con la comida.

Palabras claves: Comportamiento alimentario, Autorregulación, Obesidad, Bypass gástrico.

Eating behavior and self-regulation in normal weight and obese people

Abstract

The general objective of this research was to determine the relationship between self-regulation and eating behavior. For this objective, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986) and the Inventory of Self-Regulation of Weight (Lugli, Arzolar and Vivas, 2006) were applied to 161 people (46 normal weight, 37 obese not operated, 46 obese candidates for bariatric surgery and 32 obese patients undergoing bariatric surgery) with ages between 13 and 77 years. The study was transversal and correlational. With significance levels of $p < 0.005$ and $p < 0.001$, positive correlations were observed between the self-regulation of eating habits and physical activity in the four groups: greater control in eating habits was associated with greater control of physical activity. Likewise, in all the groups positive correlations were observed between the self-regulation of eating habits and restrictive eating so that, the greater self-regulation in food, the more restrictive eating. In addition, in the obese group not subjected to bariatric surgery, there was a negative correlation ($r = -.372$, $p < 0.005$), between restrictive and external eating: a greater restrictive eating behavior, lower eating in the presence of stimuli related to food. In the four groups positive correlations were found between emotional and external eating, that is, a lower emotional eating is related to lower external eating. Finally, in the group of obese patients, there is a negative correlation ($r = -.422$, $p < 0.005$) between self-regulation of eating habits and external eating, which shows that lower levels of self-regulation are related to a greater tendency to external eating. These results show how control over one's own behavior is important in order to carry out healthy behaviors, such as the self-regulation of eating habits, physical activity, dietary restrictions, and less feeding in response to food-related stimuli.

Keywords: Eating behavior, Self-regulation, Obesity, Gastric bypass.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
I. Introducción	1
II. Marco Referencial.....	3
2.1 Obesidad	3
2.1.1 Definición.....	3
2.1.2 Clasificación.....	3
2.1.3 Etiología.....	4
2.1.3.1 Genética.....	5
2.1.3.2 Aspectos metabólicos.....	6
2.1.3.3 Estilo de vida.....	7
2.1.3.4 Aspectos psicológicos.....	9
2.1.4 Comorbilidades.....	12
2.1.5 Tratamiento de la obesidad.....	13
2.1.5.1 Nutricional.....	14
2.1.5.2 Farmacológico.....	14
Inhibidores del apetito:.....	15
Estimulantes de la termogénesis.....	15
Inhibidores de la absorción de nutrientes.....	15
2.1.5.3 Conductual.....	16
2.1.5.4 Cirugía Bariátrica.....	18
2.1.5.4.1 Bypass gástrico.....	20
2.2 Comportamiento Alimentario.....	22

**COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN
PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS**

2.2.1 Alimentación emocional.....	22
2.2.3 Alimentación restrictiva.	26
2.2.2 Alimentación externa	29
2.3 Autorregulación.....	30
III. Planteamiento del Problema	35
IV. Objetivos	42
4.1 Objetivo General.....	42
4.2 Objetivos Específicos	42
V. Método	43
5.1 Tipo y Nivel de Investigación	43
5.2 Diseño de la Investigación	43
5.3 Población y Muestra	43
5.4 Materiales	47
Cuestionario Holandés de Comportamiento alimentario (DEBQ):	47
Inventario de Autorregulación del peso:.....	47
5.4 Procedimiento.....	48
5.5 Análisis de Datos	49
VI. Análisis y Discusión de Resultados.....	50
VII. Conclusiones	69
VIII. Limitaciones y Recomendaciones.....	74
Referencias.....	76
Anexos	106

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Clasificación de la obesidad según el IMC</i>	4
Tabla 2 <i>Distribución de los grupos de participantes según el sexo, nivel de instrucción y edad</i>	45
Tabla 3 <i>Estadísticos descriptivos para estatura, peso e IMC</i>	45
Tabla 4 <i>Clasificación de la obesidad según el IMC en el grupo de participantes</i>	46
Tabla 5 <i>Estadísticos descriptivos de la variable comportamiento alimentario en el grupo de participantes</i>	51
Tabla 6 <i>Estadísticos descriptivos de la variable autorregulación en el grupo de participantes</i>	52
Tabla 7 <i>Anova de un factor para la comparación de los estilos de comportamiento alimentario en el grupo de participantes</i>	53
Tabla 8 <i>Anova de un factor para la comparación de los tipos de autorregulación en el grupo de participantes</i>	54
Tabla 9 <i>Correlación entre las variables de estudio en el grupo normopeso</i>	66
Tabla 10 <i>Correlación entre las variables de estudio en el grupo de obesos no sometidos a cirugía bariátrica</i>	66
Tabla 11 <i>Correlaciones de las variables de estudio en el grupo de candidatos a cirugía bariátrica</i>	67
Tabla 12 <i>Correlación de las variables de estudio en el grupo obesos sometidos a cirugía bariátrica</i>	67

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. <i>Anova de un factor para la comparación del IMC entre los grupos de participantes</i>	107
Anexo B. <i>Cuestionario Holandés de Comportamiento alimentario (DEBQ)</i>	108
Anexo C. <i>Inventario de Autorregulación del Peso</i>	109
Anexo D. <i>Consentimiento Informado</i>	110
Anexo E. <i>Hoja de Datos Personales</i>	111

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

I. Introducción

Actualmente se considera que las variables psicológicas, sociales y biológicas son determinantes en la prevención, promoción y desarrollo de la salud, entendida como un todo integrativo de estos elementos (Moreno, 2008). En este sentido, la psicología de la salud se encarga de estudiar los factores psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar y en la conducción y recuperación de la enfermedad de una persona o grupo de personas (Oblitas, 2010).

La obesidad es una de las problemáticas íntimamente relacionada con las variables psicológicas y sociales, pues el estilo de vida sedentario y un comportamiento alimentario no saludable representan un factor de riesgo para el desarrollo y el mantenimiento de la misma (Swinburn, Caterson, Seidell y James, 2004). Descrita como un exceso de grasa corporal, la obesidad puede ser perjudicial al incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor, cáncer, y trastornos psicológicos. Particularmente en las últimas décadas se ha notado un incremento significativo de la misma a nivel mundial hasta el punto de considerarse una epidemia (OMS, 2017).

Algunos estilos de comportamiento alimentario se han asociado con una mayor sobrealimentación y por lo tanto con un aumento de peso (Goldsmith et al., 2010; Nguyen- Rodríguez, Unger y Spruijt-Metz, 2009; Van Strien, Herman y Verheijden, 2012). Según Snoek, Van Strien, Jassens y Engels (2007) el comportamiento alimentario puede ser emocional, ya que las personas comen en respuesta a emociones negativas como la ansiedad, la ira o la tristeza; restrictivo, en el que las personas se someten a limitaciones en la alimentación para perder peso o mantenerlo; y/o externo, caracterizado por comer en respuesta a señales externas.

Sin embargo, a pesar de que las personas pueden presentar comportamientos alimentarios no saludables, también pueden autorregular su propia conducta para controlar y mantener su peso, lo que implica un esfuerzo constante y progresivo para regular la ingesta alimentaria y mantener una rutina de ejercicios, conllevando en muchos casos a la modificación del estilo de vida (Lugli, Arzolar y Vivas, 2009; Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007).

En este orden de ideas existe una laguna de conocimiento sobre si la autorregulación tiene alguna relación con estos estilos de comportamiento

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

alimentario. La presente investigación se plantea evaluar la correlación entre los constructos autorregulación y comportamiento alimentario en personas normopeso y obesas.

En el trabajo que se presenta a continuación se hará una breve exposición de los aspectos conceptuales relacionados con tales variables, empezando por la definición de obesidad, su clasificación, etiología, comorbilidades y tratamientos, incluido entre ellos el bypass gástrico; seguidamente se exponen los conceptos de los distintos estilos de alimentación y de la autorregulación. Posteriormente se planteará el marco metodológico para finalmente presentar los resultados y su discusión.

II. Marco Referencial

2.1 Obesidad

2.1.1 Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, al representar un riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación: arteriosclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, cáncer, osteoporosis, enfermedades hepáticas, enfermedades renales y diabetes mellitus, entre otras.

Según la OMS, para el 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, es decir, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. Sólo en Latinoamérica, aproximadamente 130 millones de personas son víctimas del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2017). En el caso de Venezuela los datos más recientes datan de 2012, año en el cual el Instituto Nacional de Nutrición (INN) evalúa la situación nutricional con una muestra de 22.646 venezolanos, señalando que en el grupo de 7 a 40 años se obtuvo un 38,06% de malnutrición por exceso, estando el 21,31% representado por sobrepeso y 16,76% por obesidad respectivamente, siendo el grupo de los adultos el más afectado con una prevalencia de sobrepeso del 29,52% y 25,43% de obesidad (INN, 2013).

Es importante señalar que esta enfermedad puede manifestarse en distintos grados de adiposidad, por lo cual se utilizan clasificaciones según el índice de masa corporal (IMC) para determinar la categoría de obesidad que presenta una persona, tal como se explica en el siguiente apartado.

2.1.2 Clasificación.

El IMC es la medida más aceptada y utilizada en América y Europa para la estimación de la obesidad (Ravasco, Anderson y Mardones, 2013). El IMC relaciona el peso y la talla del sujeto; resulta de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros cuadrados (Peso kg/m^2). Su variabilidad refleja el exceso, normalidad o déficit

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

tanto de la masa magra como de la masa grasa y existen diversos estudios que lo asocian con obesidad (Bedogni et al., 2002)

En el caso de los adultos, la OMS (2017) clasifica el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25 kg/m².
- Obesidad: IMC igual o superior a 30 kg/m².

La Sociedad Española para el Estudio de la obesidad (SEEDO, 2007) define la obesidad en grados según el IMC, tal como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1
Clasificación de la obesidad según el IMC

IMC	Tipificación
< 18,5 Kg/m ²	Delgadez
18,25-24,9 Kg/m ²	Normopeso
25-26,9 Kg/m ²	Sobrepeso
27-29,9 Kg/m ²	Pre-obesidad
30-34,9 Kg/m ²	Obesidad Grado I
35-39,9 Kg/m ²	Obesidad Grado II
40-49,9 Kg/m ²	Obesidad Grado III (Obesidad Mórbida)
50-59,9 Kg/m ²	Obesidad Grado IV (superobesidad)
>60 Kg/m ²	Obesidad Grado V (súper-superobesidad)

Fuente: SEEDO (2007).

2.1.3 Etiología.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, resultante de una compleja interacción entre genética y medio ambiente (Al-Hazza, Abahussain, Al-Sobayel, Qahwaji y Musaiger, 2012; Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013).

La visión predominante acerca de la etiología de la obesidad hace referencia a un componente ambiental vinculado a cambios en los estilos de vida: reducción de la actividad física y hábitos dietéticos en los cuales hay un alto consumo de alimentos de alto rendimiento energético enriquecidos con carbohidratos y grasas; comportamientos que conducen a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

y dan como resultado la acumulación gradual de tejido graso (Djalalinia, Qorbani, Peykari y Kelishadi, 2015; Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013).

Sin embargo, los factores psicológicos como comportamientos alimentarios poco saludables, una pérdida de control y/o impulsividad en la alimentación, entre otros, también se han relacionado con la aparición de esta enfermedad (Collins y Bentz, 2009).

A continuación, se explicarán detalladamente los factores relevantes que se han relacionado con el desarrollo de la obesidad, comenzando por componentes propiamente biológicos como son la genética y el metabolismo, seguido de aspectos ambientales y comportamentales.

2.1.3.1 Genética.

La genética juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad al crear una predisposición al desarrollo de la misma; sin embargo, aunque la susceptibilidad está determinada por los genes, el medio ambiente influirá en la expresión de tal genotipo (Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013).

Las investigaciones señalan la existencia de un genotipo ahorrativo. Los seres humanos durante su evolución han desarrollado la capacidad de almacenar grasa, lo que les permitiría sobrevivir durante los períodos de escasez de alimentos (Choquet y Meyre, 2011; Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013; Walley, Asher y Froguel, 2009).

Actualmente, tal predisposición genética representa una desventaja, la capacidad de acumular energía ante un ambiente obesogénico donde existe una alta disponibilidad de alimentos procesados e hipercalóricos aunado al sedentarismo conllevaría a una acumulación de grasa que sería excesiva y perjudicial (Choquet y Meyre, 2011). A pesar de que hay avances en la identificación de los genes involucrados, no han sido identificados en su totalidad.

Además del genotipo ahorrativo, la predisposición genética también afecta: el balance energético, es decir, tanto la entrada como el gasto de energía; los mecanismos a través de los cuales se presentan tasas reducidas de metabolismo basal y oxidación de macronutrientes; y puede crear alteraciones en la adipogénesis (Palou, Serra, Bonet y Pico, 2000).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

También se ha evidenciado la importancia de la herencia en el desarrollo de la obesidad. Esta enfermedad es más frecuente en los hijos de padres obesos, siendo esta probabilidad del 80% cuando ambos padres lo son y solo del 10% cuando ninguno lo es (Tojo y Leis como se citó en Moreno y Charro, 2006; Valenzuela, 2006).

Por otra parte, el género constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad en distintas etapas del crecimiento y desarrollo. El fenómeno del rebote adiposo constituye un aumento significativo del contenido de grasa corporal, IMC, y pliegues subcutáneos que ocurre aproximadamente a los 6 años de edad, y es significativamente mayor en el sexo femenino (Rolland-Cachera et al., 1984; Rolland-Cachera, Bellisle, Deheeger, Pequionot y Sempe, 1990).

En el caso de Venezuela, la edad de aparición reportada es a los 4 años, esto probablemente debido a que los niños venezolanos son considerados como maduradores tempranos, es decir, que su ritmo de crecimiento y desarrollo es acelerado (Fundacredesa, 1996; López-Blanco, Macías-Tomei, Izaguirre-Espinoza y Colmenares, 1991; López-Blanco, Macías-Tomei, Vásquez-Ramírez y Blanco-Cedres, 2001).

En el Estudio Longitudinal del Área Metropolitana de Caracas los maduradores tempranos resultaron significativamente más corpulentos que los maduradores promedio y estos más que los tardíos. En el área grasa igualmente se observó un gradiente significativo en las niñas a todas las edades y en los varones solamente en la etapa prepuberal y puberal temprana. En consecuencia, la maduración temprana en los venezolanos, en especial en las niñas, se considera como un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad (López-Blanco et al., 1991).

2.1.3.2 Aspectos metabólicos.

La ingesta de alimentos proporciona energía al organismo; parte de esta energía es usada para mantener un correcto funcionamiento de los distintos sistemas corporales y otra parte es almacenada en el tejido adiposo e hígado con el fin de ser utilizada durante períodos de no ingesta. En este proceso están implicados mecanismos hormonales de regulación, por lo que su alteración puede producir algunas patologías metabólicas y predisponer al mantenimiento de sobrepeso u obesidad (Mahajan, Lau y Sander, 2015).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

De acuerdo con Valenzuela (2006) dentro de las alteraciones neuroendocrinas se encuentran:

- Diabetes Mellitus no insulino dependientes
- Síndrome Hipotalámico
- Síndrome de Cushing
- Hipotiroidismo
- Ovario poliquístico
- Pseudohipoparatiroidismo
- Deficiencia de la hormona de crecimiento
- Hiperinsulinemia

2.1.3.3 Estilo de vida.

Las influencias ambientales y de estilo de vida promueven una ingesta excesiva de calorías y patrones sedentarios de comportamiento, que al crear un desequilibrio entre el ingreso y gasto de energía conducen al aumento de peso. En este sentido, muchas investigaciones muestran una fuerte asociación entre los hábitos dietéticos no saludables e inactividad física con la obesidad (Swinburn et al., 2004).

Swinburn et al. (2004) revisaron evidencia de factores etiológicos potenciales en la obesidad, concluyendo que los factores de riesgo más concluyentes para la obesidad son un estilo de vida sedentario y una gran ingesta de alimentos ricos en energía y pobres en micronutrientes; mientras que la comercialización pesada de alimentos con alto contenido de energía y puntos de venta de comida rápida; refrescos endulzados con azúcar y jugos de frutas fueron factores de riesgo probables mas no concluyentes.

Así mismo, la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación, y Dietética (FESNAD, 2012) y la SEEDO (2012) publicaron un documento de consenso, acerca del rol de la dieta en la prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos, señalando que entre los factores dietéticos asociados con un mayor IMC se encuentran:

- Patrones dietéticos de alta densidad energética que pueden conducir a aumentar el peso corporal.
- La ingesta de alcohol.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- La ingesta frecuente de bebidas azucaradas.
- Una alta ingesta de carne y productos cárnicos procesados.
- Servirse porciones más grandes.
- La ausencia de supermercados con disponibilidad de frutas y vegetales o su ubicación a mayores distancias.
- La ingesta habitual de “comida rápida” (más de una vez a la semana).

En el caso de Latinoamérica, actualmente se encuentra en una transición alimentaria y nutricional en la que se presentan cambios muy rápidos, lo que lleva a la coexistencia del déficit y del exceso nutricional denominado la doble carga nutricional (López, Landaeta-Jiménez, Herrera y Sifontes; 2014).

En Venezuela la coexistencia del hambre, la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad se debe entre otras causas a: la falta de acceso a una alimentación saludable que provea la cantidad de nutrientes necesarios para llevar una vida sana y activa; el crecimiento económico y la mayor integración de América Latina y el Caribe en mercados internacionales que ha ocasionado cambios en los patrones de alimentación: se observa una disminución de preparaciones culinarias tradicionales basadas en alimentos frescos, preparados y consumidos en el hogar por un consumo cada vez mayor de productos ultra procesados con baja densidad de nutrientes pero con alto contenido de azúcares, sodio y grasas. Este cambio en el patrón alimentario ha contribuido a la persistencia de la malnutrición tanto por déficit como por exceso y en general a la disminución de la calidad de vida (FAO, 2016)

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA, 2012), los principales alimentos consumidos son la harina de maíz, el arroz, el azúcar, el aceite, la pasta alimenticia, el queso blanco, el pan de trigo, la leche completa, la margarina y la carne de pollo, por lo que se considera que la alimentación del venezolano es poco diversa y poco equilibrada, con predominio de alimentos densamente calóricos. El resultado es una dieta de baja calidad que no contribuye a solucionar los problemas de déficit, especialmente de micronutrientes; por el contrario, consolida un patrón de dieta obesogénico, que contribuye al aumento del exceso nutricional, con la presencia de hiperlipidemias, obesidad, diabetes e hipertensión, entre otras patologías (Bengoa, 2011; López, Landaeta-Jiménez, Herrera y Sifontes, 2014).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Por el contrario, entre los factores protectores de la obesidad se encuentran una actividad física regular y un alto consumo de fibra (Swinburn et al., 2004). Una alta ingesta de fibra, está asociada con un menor IMC. Se han postulado una variedad de mecanismos para explicar los efectos de la dieta en fibra sobre el balance energético y estos incluyen los efectos intrínsecos de la fibra (densidad energética), efectos hormonales (como la fermentación a ácidos grasos de cadena corta y aumento de la saciedad/reducción del hambre). En general, la evidencia es concluyente de que una dieta alta en fibra ayuda a proteger contra el aumento de peso (Pereira y Ludwig, 2001).

2.1.3.4 Aspectos psicológicos.

La relación entre las variables psicológicas y la obesidad es controversial no siendo posible aún establecer una clara relación causa-efecto en ninguno de los dos sentidos (Montt, Koppman y Rodríguez, 2005). Sin embargo, diversos autores señalan que los factores psicológicos juegan un papel importante en la etiología de obesidad (Collins y Bentz, 2009).

Algunos trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión se han asociado con la obesidad, principalmente debido a que padecer de estos trastornos les dificulta a las personas controlar lo que comen (Collins y Bentz, 2009). Específicamente, la ansiedad puede conllevar a la sobrealimentación, promueve la ganancia de peso, y decrementa la adherencia al tratamiento (Anderson, Cohen y Naumava, 2006). En referencia a la depresión, estas personas pueden presentar un incremento en su apetito y frecuentes períodos de sobrealimentación (Spoon, Bekker, Van Strien y Van Heck, 2007; Whiteside et al., 2007).

Algunos estudios señalan que pacientes con obesidad que buscan intervención médica en centros de salud presentan una mayor tendencia a presentar ansiedad y depresión en comparación con individuos que siguen programas dietéticos. En este sentido, se ha considerado que los pacientes que buscan tratamiento quirúrgico presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica (Montt, Koppman y Rodríguez, 2005).

Así mismo, otros factores de riesgo para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad son los comportamientos alimentarios poco saludables como la alimentación emocional (Spoon et al., 2007; Whiteside et al., 2007), la alimentación restrictiva

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

(Snoek, Van Strien y Janssens, 2008), y trastornos alimentarios como atracones, y síndrome del comedor nocturno (Collins y Bentz, 2009).

El trastorno por atracón (BED) según el DSM V se caracteriza por:

- Recurrentes episodios de atracones: ingesta de cantidades de comida que son claramente superiores a las que la mayoría de las personas comerían durante una cantidad similar de tiempo, sensación de falta de control sobre lo que se ingiere.
- Los episodios se asocian a: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ausencia de hambre fisiológica, comer solo y culpa o angustia después del episodio.
- Malestar intenso respecto a los atracones.
- Se producen al menos una vez a la semana durante 3 meses.
- No hay un comportamiento compensatorio como en la bulimia nerviosa.

La mayoría de los pacientes con este trastorno tienen un exceso de peso por las propias características de la ingesta previamente mencionadas (Collins y Bentz, 2009), refieren síntomas depresivos y ansiosos, e ingestas emocionales ante situaciones que generan mayor percepción de estrés (Martínez y Gómez como se citó en Mijan de la Torre, 2004). Además, algunas investigaciones señalan que las personas con dietas restrictivas tienen mayor prevalencia de este trastorno (Saucedo-Molina, 2010).

El síndrome del comedor nocturno es otro trastorno que puede conducir a un aumento significativo de peso, debido a que las personas tienen un consumo excesivo de calorías durante la noche (>35% de las calorías diarias), patrones de alimentación no saludables, insomnio y angustia (Collins y Bentz, 2009).

Además de los trastornos de alimentación, diversas investigaciones han tratado de definir patrones estables de conducta o personalidad en el paciente obeso para comprender a mayor profundidad los comportamientos presentes en relación con la alimentación (Fabricatore, Sarwer y Wadden, 2005). Si bien la construcción de un

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

único perfil psicológico de la persona con obesidad ha sido imposible, si se pueden describir ciertos rasgos estables, entre ellos la incapacidad para el control.

El paciente con obesidad suele tener rasgos impulsivos que son parte de su comportamiento alimentario, esta se manifiesta como conductas rápidas, sin premeditación de las consecuencias y enfocadas en obtener un refuerzo inmediato (Sola-Gutiérrez, Rubio y Rodríguez, 2013).

Kobb como se citó en Sola-Gutiérrez et al. (2013) señala que la impulsividad es un mecanismo adaptativo basado en dos características conductuales: la sensibilidad al castigo y la sensibilidad a la recompensa. Por una parte, la persona actúa impulsivamente debido a un estado de tensión que conduce a la búsqueda de gratificación; o derivado de un estado de estrés y ansiedad en el cual la acción impulsiva conduce a la relajación.

Es decir, el actuar impulsivamente se caracteriza por un escaso autocontrol en el cual no se miden las consecuencias negativas de los actos, y el sujeto tiene un alto grado de sensibilidad a los refuerzos positivos inmediatos, resultándole difícil inhibir una respuesta, tal como señala Wise como se citó en Pérez, Escotto, Arango y Quintanar (2014) “la capacidad del individuo para ejercer el autocontrol se vuelve difícil por la recurrente tendencia a la recompensa”.

La conducta de ingesta es seguida a corto plazo de un importante y potente número de reforzamientos positivos y negativos (disminución del hambre, satisfacción y placer por el alimento consumido, desaparición de la urgencia o rumiación por consumir el alimento) lo que hace que la sobreingesta se mantenga (Saldaña y Ressel, 2000). Si la persona tiene rasgos impulsivos le costará mucho más resistir al reforzamiento positivo obtenido por la ingesta de la comida y a la disforia producida por la no satisfacción del impulso de comer a pesar de las consecuencias negativas que puede tener para su salud.

La impulsividad también se ha relacionado con la adicción a la comida, específicamente a alimentos altamente procesados, los cuales generalmente están compuestos por altos contenidos de azúcar, grasa y sal (Gearhardt, Davis, Kushner y Brownell, 2011). Incluso se ha encontrado que muchos de los síntomas presentes en personas con adicción a sustancias, están presentes en personas con un excesivo consumo de comidas: comen mayores cantidades de comida, tienen fracasos en

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

intentar dejar de comer, continúan comiendo a pesar de las consecuencias físicas o psicológicas, pérdida de control sobre lo que comen, incapacidad para parar el consumo a pesar de querer hacerlo y ansia por la comida (Meule, Heckel y Kübler, 2012).

En conclusión, puede observarse que una de las características de las personas con obesidad es la desinhibición al comer, lo que conlleva a la sobrealimentación y aumento de peso. En este sentido, el proceso de alcanzar y mantener un peso saludable está influido por la autorregulación de la propia conducta, especialmente en relación con el control de la ingesta y la actividad física.

Si esta habilidad no está instaurada será sumamente difícil que la aplicación de algún tratamiento para la pérdida de peso sea exitoso a largo plazo. Es así como los factores psicológicos son importantes en la etiología y tratamiento de esta enfermedad, por lo cual gran parte del abordaje va dirigido hacia la modificación de estos patrones impulsivos al comer, la instauración de nuevos hábitos y en general a la presencia del autocontrol en el paciente para lograr modificar su estilo alimentario.

2.1.4 Comorbilidades.

La obesidad fue calificada por la OMS y el Grupo Internacional de Trabajo para la Obesidad (IOTF) como la epidemia del siglo XXI por la prevalencia adquirida a nivel mundial en los últimos años, su impacto sobre la calidad de vida y las repercusiones sobre los costes sanitarios. Esta enfermedad constituye un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), principales causas de muerte mundial en el 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (OMS, 2017).

En este sentido, existe evidencia que señala la relación entre la obesidad y la mortalidad; la mayoría de los estudios coinciden en casos de aumento de la mortalidad con un IMC de al menos 30 Kg/m² (Serra-Majem y Bautista-Castaño, 2013).

MgGee (2005) realizó un meta-análisis de 26 estudios realizados en diversos países que evaluaron la relación entre la mortalidad por todas las causas, enfermedad

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

coronaria, enfermedades cardiovasculares, cáncer; y personas clasificadas según el IMC con sobrepeso y obesidad en comparación con individuos normopeso. El análisis incluyó 388.622 personas y el número de muertes registradas fue de 60.374. Los resultados documentan el exceso de mortalidad asociado con la obesidad; sin embargo, hay poca evidencia de un mayor riesgo de mortalidad en los individuos con sobrepeso.

En concordancia con esta investigación Flegal (2013) realizó un meta-análisis de 97 estudios, con una muestra de más de 2.880.000 millones de personas. Concluyó que, en comparación con el peso normal, la obesidad en todos sus grados tuvo una asociación significativamente mayor con la mortalidad por todas las causas. El sobrepeso tuvo una asociación significativamente más baja.

Además de las afectaciones a nivel de salud física, se ha encontrado la presencia de trastornos psicológicos en estos pacientes: trastorno por atracones, ansiedad, depresión, aislamiento social, abuso de sustancias, una baja calidad de vida relacionada con la salud, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, y problemas de funcionamiento sexual (Sarwer, Dilks y West-Smith, 2011).

Como puede observarse la obesidad tiene múltiples causas y además es un problema de salud tanto física como mental creciente en el mundo, por lo cual son diversos los tratamientos llevados a cabo para abordar esta enfermedad. Algunos de los más destacados serán descritos a continuación.

2.1.5 Tratamiento de la obesidad.

Dado el carácter multifactorial de la obesidad y las múltiples complicaciones asociadas, esta enfermedad debe ser abordada por un equipo multidisciplinario que incluya nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos y cirujanos. Según la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE, 1998), el tratamiento de la misma tiene como objetivo principal la reducción del exceso de tejido adiposo que lo caracteriza y los factores de riesgo asociados, considerándose que una pérdida ponderal entre el 5% y 15% sobre el peso inicial es beneficiosa al mejorar las comorbilidades. Además, es importante mencionar que entre los criterios de éxito del tratamiento se encuentra el mantenimiento del peso perdido (Salvador, Abreu, Rotellar y Fruhbeck, 2004).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

2.1.5.1 Nutricional.

La restricción calórica constituye uno de los puntos más importantes en el tratamiento de la obesidad (Plodkowski y Jeor, 2003; AACE/ACE, 1998).

La alimentación hipocalórica equilibrada o dieta baja en calorías es la más recomendada en el tratamiento dietético de la obesidad. Consiste en obtener una reducción de 500 a 1000 calorías diarias, con el fin de obtener una reducción ponderal entre medio kilo y un kilo por semana, ingiriéndose aproximadamente entre 1200 y 1500 calorías diarias. La composición de la dieta es equilibrada estando compuesta por un 55% de carbohidratos complejos ricos en fibra, 30% de grasas preferiblemente insaturadas y 15% de proteínas (Salvador et al., 2004).

En este tipo de dieta, se recomienda la reducción de grasa en comparación con la disminución de carbohidratos, ya que la grasa es el macronutriente con menor capacidad saciante y mayor densidad energética, además, las dietas pobres en carbohidratos producen trastornos electrolíticos y disminución excesiva de la masa magra (Rolls y Bell, 2000).

El otro tipo de dieta utilizada para el tratamiento de la obesidad es la que aporta entre 500 y 800 kcal/día, presentándose una pérdida de peso de 2-3 kg por semana (Plodkowski y Jeor, 2003; Rolls y Bell, 2000). Son principalmente indicadas para pacientes con obesidad grado II y III con factores de riesgo importantes, o por razones prequirúrgicas, que requiera una reducción ponderal rápida. Sin embargo, en comparación con la dieta hipocalórica equilibrada no se observan diferencias en la pérdida de peso tras un año de aplicación (Salvador et al., 2004).

Actualmente, de las dietas previamente descritas la más recomendada es la hipocalórica balanceada, por el contrario, las dietas excesivamente pobres en calorías y desequilibradas no son aconsejables por ocasionar trastornos electrolíticos y gran pérdida de masa magra (Salvador et al., 2004).

2.1.5.2 Farmacológico.

El objetivo del tratamiento farmacológico de la obesidad es mejorar la adhesión a las medidas dietéticas y de estilo de vida; y por mecanismos adicionales favorecer el desequilibrio energético aumentándose el gasto calórico (Salvador et al., 2004).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Su indicación es pertinente para pacientes con un IMC superior a 30 Kg/m² o superior a 27 Kg/m² con presencia de comorbilidad asociada, que no hayan tenido éxito en el tratamiento dietético, de estilo de vida y en la terapia cognitivo-conductual (Yanovski y Yanovski, 2002).

Los fármacos empleados según Salvador et al. (2004) pueden dividirse en:

Inhibidores del apetito:

Entre los inhibidores del apetito destacan los agonistas adrenérgicos, serotoninérgicos y mixtos.

Los agonistas adrenérgicos puros inhiben el apetito; sin embargo, no se prescriben debido a sus efectos secundarios como insomnio, palpitaciones, hipertensión arterial o adicción. Por otra parte, los agonistas serotoninérgicos indirectos actúan a través de estimular la liberación y/o inhibir la recaptación de serotonina en la sinapsis, lo que tiene como efecto un aumento de la saciedad (Salvador et al., 2004).

Específicamente, la Sibutramina posee un efecto bloqueante de la recaptación de serotonina y noradrenalina, reduciendo la ingesta y aumentando la termogénesis (Guerciolini, 1997).

Estimulantes de la termogénesis

La termogénesis es definida como la capacidad de generar calor en el organismo producto de reacciones metabólicas, lo que implica un gasto energético. La combinación cafeína-efedrina tiene acción termogénica e inhibitoria del apetito, lo que permite la reducción de masa grasa. Sin embargo, su uso es limitado debido a la generación de efectos secundarios.

Inhibidores de la absorción de nutrientes

El principal fármaco aplicado es el Orlistat, derivado hidrogenado de la lipstatina producido por la bacteria *Streptococcus toxytricini* (Guerciolini, 1997). Este fármaco actúa a nivel intestinal reduciendo la absorción de los triglicéridos ingeridos. Esto produce un 30% de reducción en la absorción de la grasa ingerida contribuyendo

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

a desarrollar un balance calórico negativo con un déficit de aproximadamente 200 kcal diarias (Guerciolini, 1997).

Otro de los fármacos inhibidores de la absorción de nutrientes es la acarbosa, el cual enlentece y reduce la absorción de carbohidratos (Salvador et al., 2004).

Escobar, Espinosa, Sillero y Segura (como se citó en Escobar y Aguilar, 2001) señalan que el tratamiento farmacológico debe ir acompañado del tratamiento dietético y un incremento en la actividad física, o incluso de la terapia cognitivo conductual, pues se ha demostrado que el tratamiento farmacológico incrementa su efectividad cuando va acompañado de estos tratamientos en contraste a cuando se administra solo (Berkowitz, Wadden y Tershakovec, 2003).

2.1.5.3 Conductual.

La terapia conductual para el tratamiento de la obesidad puede definirse como un grupo de técnicas utilizadas para ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades que les permitan alcanzar un peso más saludable (Garaulet y Pérez, 2009).

Los fundamentos teóricos de esta terapia se basan en los principios del condicionamiento clásico, que plantean que comer usualmente es promovido por estímulos antecedentes que se asocian con el consumo de alimentos (Stuart como se citó en Foster, Makris y Bailer, 2005). El objetivo en este sentido es ayudar al paciente a identificar señales que desencadenan la sobrealimentación, y aprender a responder de forma diferente ante estos (Brownell, 2000). Así mismo, en este tipo de tratamientos se refuerzan los comportamientos que estén acordes con los objetivos a lograr (Foster et al., 2005).

La terapia cognitiva también se ha incorporado en el tratamiento conductual de la obesidad. Este modelo plantea que lo que las personas piensan afecta sus emociones y sus conductas (Beck, 1976). En tal sentido, a través de esta terapia se busca que la persona establezca metas realistas, evalúe sus progresos objetivamente y modifique los pensamientos distorsionados que presente (Brownell, 2000; Foster, 2002).

Según Foster et al. (2005) el tratamiento conductual tiene las siguientes características:

1. Está dirigido a unos objetivos específicos.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

2. Busca ayudar al paciente a identificar los factores que facilitan o impiden el logro de las metas, y cómo modificarlos. En este sentido, el manejo del peso se basa en habilidades que pueden ser aprendidas y practicadas.
3. Se basa en el principio de aproximaciones sucesivas para lograr cambios mayores.

Los tratamientos conductuales para el tratamiento de la obesidad generalmente utilizan técnicas como el auto monitoreo, control de estímulos, psicoeducación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva. De estas técnicas el auto monitorio se asocia con mejores resultados en el control de peso a corto y largo plazo (O'Neil, 2001).

La terapia conductual es efectiva para la pérdida de peso y la mejora de patologías asociadas a la obesidad (Garaulet, 2012). Incluso este tipo de intervención se ha mostrado superior a los programas convencionales de tratamiento dietéticos y farmacológicos (Wadden et al., 2005).

Las personas intervenidas con tratamiento conductual pierden aproximadamente 8-10 Kg, lo que es igual al 8-10% de su peso inicial (Wadden, Butryn y Wilson, 2007). Wing (como se citó en Foster et al., 2005) en su investigación revisó los estudios sobre intervenciones conductuales para la pérdida de peso publicados entre 1996 y 1999, señalando que la pérdida de peso promedio a corto plazo durante la fase de intervención (21 semanas) fue de 10,6% (9,6 Kg) y de 8,6% (6 Kg) en el seguimiento (18 meses). Estudios publicados entre el 2000 y 2004 tienen resultados similares (Jeffrey, Wing y Sherwood, 2003; Watkins et al., 2003).

Más recientemente, Christian, Tsai y Bessesen (2010) realizaron un meta-análisis de programas conductuales para el tratamiento de la obesidad con duraciones entre 13 y 52 sesiones, encontrando que al año 28% de las personas tenía una pérdida de peso mayor al 10% del peso inicial, 26% tenía una pérdida de peso entre el 5% y 9,9% y 38% tuvieron una pérdida de peso menor al 4,9%.

En general, estos porcentajes de disminución de peso representan resultados favorables para mejorar significativamente la salud según los criterios propuestos por los institutos internacionales de salud (reducción del 5% al 10% en el peso inicial) (NHLBI como se citó en Butryn, Webb y Wadden, 2011).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Igualmente, numerosos estudios han mostrado la importancia del uso de la terapia conductual en conjunto con tratamientos dietéticos, de actividad física, farmacológicos o quirúrgicos (Garaulet, 2012).

En el caso de la intervención nutricional, la terapia conductual disminuye considerablemente el abandono del tratamiento dietético, ayudando a mantener a largo plazo los efectos de la pérdida de peso (Wing y Phelan, 2005).

También se ha recomendado su utilización como complemento para el logro de mejores resultados postoperatorios tras la cirugía bariátrica (Kinzl, Trefalt, Fiala y Biebl, 2002).

Abilés et al. (2013) llevaron a cabo un estudio observacional prospectivo con 35 pacientes intervenidos con cirugía bariátrica entre 2007 y 2010, realizando un seguimiento postoperatorio hasta el 2012, con el objetivo de evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el éxito de la pérdida de peso postoperatorio tras dos años de la intervención. Los resultados evidenciaron que los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual lograron resultados exitosos en comparación con el grupo que no recibió este tratamiento. Específicamente, en la evolución de la pérdida de peso, tuvieron una disminución mayor al 50% que se mantuvo a los dos años de la cirugía. Así mismo, presentaron menor comorbilidad psicológica: resultaron estar menos ansiosos, menos estresados y con mayor autoestima. El ansia por la comida, la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria y sentimiento de culpa también fue menor.

2.1.5.4 Cirugía Bariátrica.

Es conocido el fracaso que suelen experimentar los pacientes obesos al someterse a tratamientos conservadores como los dietéticos o farmacológicos: generalmente recuperan el peso perdido a niveles similares o incluso superiores a los previos (Rottellar et al., 2005).

Actualmente la cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad extrema ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) (Maggard et al., 2005; Salinas, Santiago, Yeguez, Antor y Salinas, 2005; Sarwer et al., 2011), demostrando ser altamente eficaz al lograr solucionar el 75% de casos de obesidad mórbida y sus comorbilidades (Buchwald, 2014). Además, el peso perdido tras esta cirugía es mayor y más duradero, en

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

comparación con los tratamientos enfocados en la modificación del estilo de vida y la farmacoterapia (Maggard et al., 2005; Rottellar et al., 2005).

La cirugía bariátrica es definida según Buchwald (2014) como “la manipulación de un órgano normal o de un sistema orgánico para lograr un objetivo metabólico” (p.1127). La pérdida de peso asociada se atribuye a una restricción en la ingesta de alimentos al disminuirse la capacidad gástrica; una mala absorción del consumo oral no restringido, producto de una disminución del tracto gastrointestinal, o una combinación de ambos.

En general, la cirugía bariátrica busca alcanzar tres propósitos fundamentales (National Institute Health Consensus Development Conference Pannel, 1991):

- Disminuir la cantidad de alimentos ingeridos y por lo tanto el aporte calórico.
- Disminuir la capacidad alimentaria de lo que se ingiere, alterando su digestión y absorción.
- Ayudar a restablecer mecanismos auxiliares, como es el cambio de hábitos alimentarios, tanto en calidad como en cantidad.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, los diversos procedimientos de cirugía bariátrica según Azagury y Magaña-Morton (2016) pueden clasificarse en:

1. Procedimientos restrictivos:
 - Gastroplastia vertical con banda GVB.
 - Gastroplastia vertical anillada.
 - Banda gástrica ajustable.
 - Balón intragástrico.
 - Manga gástrica.
 - Plicatura gástrica.
2. Procedimientos malabsorptivos:
 - Derivación yeyunoileal.
3. Técnicas restrictivas-malabsorptivas:
 - Bypass Gástrico.
 - Técnica de Scopinaro o derivación biliopáncreatica.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Para efectos de esta investigación se describirá la técnica del Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR) al ser la cirugía realizada en los pacientes que participarán en el estudio.

2.1.5.4.1 Bypass gástrico.

El bypass gástrico en “Y” de Roux (BPGYR) es uno de los procedimientos bariátricos más usados y ha conservado su protagonismo en todo el mundo (Buchwald, 2014).

Esta cirugía consiste en la elaboración de un pequeño reservorio gástrico con un orificio de salida estrecho (elemento restrictivo) más un bypass gastrointestinal (elemento malabsortivo) (Hernández, 2014). Específicamente, la creación de un reservorio gástrico que drena directamente al yeyuno, evita el paso de los alimentos por el duodeno. Este procedimiento se conoce como “Y” de Roux, y se basa en dividir horizontalmente el estómago mediante engrapado y anastomosar un asa desfuncionalizada en Y de Roux, que permite el vaciamiento gástrico, mientras que por la otra asa de la Y son evacuados los jugos biliares y pancreáticos (Azagury y Magaña-Morton, 2016).

Los resultados derivados del BPG son satisfactorios y se mantienen a lo largo del tiempo, siendo la técnica de referencia para las demás. Además, sus complicaciones son mucho menores que las de otras técnicas. Entre ellas destaca la anemia (déficit de absorción de hierro y vitamina B12) y el déficit de calcio (Hernández, 2014).

En general, la pérdida de peso en aproximadamente el 70% de los pacientes bariátricos es del 50% del exceso de peso, siendo un rango funcionalmente saludable al disminuirse las comorbilidades asociadas (Balsiger et al., 2000; Mun, Blackburn y Matthews, 2001). Azagury y Magaña-Morton (2016) señalan que en promedio se pierden entre 40 y 70 kg, alcanzándose el máximo a los dos años después de la cirugía, y manteniéndose durante dos o tres años más, para luego recuperar algunos kilos.

En la mayoría de los pacientes el tratamiento quirúrgico produce una pérdida de peso considerable asociado con mejoras significativas en la mortalidad, y en las comorbilidades físicas y psicológicas. Sin embargo, estos resultados no son

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

experimentados por todos los pacientes bariátricos, pues aproximadamente al 20% de ellos se les dificulta adaptarse a las condiciones postoperatorias, fallando en alcanzar la pérdida de peso esperada o empiezan a recuperar kilos dentro de los primeros años postoperatorios (Glinski, Wetzler y Goodman, 2001). Los resultados deficientes, independientemente del tipo de procedimiento, son atribuidos a la mala adherencia a la dieta postoperatoria y a comportamientos alimentarios inadecuados como el ansia por la comida, atracones, picar entre comidas, ente otros (Sarwer et al., 2011).

En consecuencia, los factores psicológicos y comportamentales previos y posteriores a la cirugía son un factor importante para tener resultados exitosos (Antor, 2007; Hsu, Sullivan y Benotti, 1997; Larrañaga y García-Mayor, 2007; Napolitano, Head, Babyak y Blumenthal, 2001; Velasco y Martin de la Torre, 2004). Dentro de los problemas de los candidatos a la cirugía bariátrica se encuentran: trastornos de ansiedad (Rosenberger, Henderson y Grilo, 2006; Sarwer, Thompson, Mitchell y Rubin, 2008), abuso de sustancias, trastornos de personalidad, pobre calidad de vida, insatisfacción con la imagen corporal (Fabricatore et al., 2005; Sarwer, Wadden y Moore.,2010), problemas en su funcionamiento sexual (Bond, Vithiananthan y Leahey, 2009), además suelen ser víctimas de prejuicio y discriminación (Friedman, Ashmore y Applegate, 2008).

Con respecto a los resultados comportamentales y psicológicos posteriores a la cirugía están el mejoramiento de los síntomas depresivos, la imagen corporal, y la calidad de vida (Antor, 2015., Mun et al., 2001; Van Hout, Boekenstein, y Fortuin, 2006). Sin embargo, también pueden presentarse complicaciones psicológicas como depresión y suicidio, trastornos de alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, disfunciones sexuales o problemas de pareja, y abuso de sustancias.

En síntesis, puede observarse que el éxito en cualquiera de los tratamientos descritos, incluso el quirúrgico requiere de la modificación del estilo de vida del paciente para lograr mantener resultados exitosos. Esto implica sustituir comportamientos alimentarios no saludables por un estilo de alimentación que favorezca el equilibrio energético. A continuación, serán descritos los estilos de comportamiento alimentario.

2.2 Comportamiento Alimentario

La sobrealimentación es un factor importante que afecta el desarrollo de la obesidad (Grimm y Steinle, 2011; Swinburn et al., 2004). Generalmente esta es promovida por una disponibilidad y promoción activa de alimentos ricos en grasa, azúcares, y densidad energética; sumado a los cambios culturales en los patrones de alimentación (FAO, 2016; Malik, Willett y Hu, 2013).

Sin embargo, el ambiente obesogénico no afecta por igual a todas las personas (Blundell et al., 2005). Que algunas personas coman más que otras ante el mismo contexto, es un comportamiento individual en relación con la comida, que puede hacerlas más vulnerables a sobrealimentarse y por lo tanto desarrollar obesidad (Van Strien et al., 2012). A nivel conductual la susceptibilidad al aumento de peso, viene dada principalmente por la desinhibición (Blundell et al., 2005; Bryant, King y Blundell, 2008): comer en exceso (Van Strien, Cleven y Schippers, 2000; Ouwens, Van Strien, y Van der Staak, 2003) y hacer elecciones de alimentos menos saludables (Contento, Zybert y Williams, 2005).

El estilo individual de alimentación es definido como comportamiento alimentario y hace referencia a una “compleja interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales, y genéticos que influyen los momentos en que se come, la cantidad de alimentos que se ingieren, la preferencia en cuanto a los alimentos, y la selección de alimentos que se hace” (Grimm y Steinle, 2011, p.52).

Según Snoek et al. (2007) el comportamiento alimentario puede ser de 3 tipos: alimentación emocional, alimentación externa y alimentación restrictiva.

2.2.1 Alimentación emocional.

Las emociones y el desarrollo de las mismas tienen una influencia en las conductas alimentarias (Nogay, 2017). La alimentación emocional es comer en respuesta a emociones negativas y no ante señales internas como hambre y saciedad (Snoek et al., 2007). Así, ante la activación emocional o el estrés algunas personas reaccionan comiendo en exceso (Bruch, 1973; Greeno y Wing, 1994; Kaplan y Kaplan, 1957; Schachter, Goldman y Gordon como se citó en Snoek et al., 2007); presentando un mayor riesgo de aumentar de peso (Van Strien et al., 2012).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Se han propuesto varias teorías para explicar la alimentación emocional (Popless-Vawter, Brandau y Straub, 1998; Steptoe, Lipsey y Wardle, 1998; Thayer, 2001; Weingarten y Elston, 1991), siendo la principal teoría sobre este estilo de alimentación la teoría psicosomática de Bruch (1973) que señala que la alimentación emocional es una respuesta inapropiada a la angustia (Heatherton, Herman y Polivy, 1991).

Generalmente, las emociones negativas están asociadas con reacciones fisiológicas diseñadas para preparar al individuo para pelear o huir, se liberan hormonas que inhiben el apetito como la catecolamina, se inhibe la motilidad gástrica, y promueve la liberación de glucosa en el torrente sanguíneo, lo que inhibe la sensación de hambre (Van Strien et al., 2012). En general, las emociones negativas provocan un estado corporal similar a la saciedad (Schachter et al., 1968) y desde el punto de vista biológico se considera que una reducción de la ingesta durante la angustia es una respuesta natural, a diferencia de cuando la alimentación es emocional (Cools, Schotte y McNally, 1992; Schotte, Cools y McNally, 1990; Sheppard-Sawyer, McNally y Fischer, 2000; Wardle, 1990; Wing, Blair, Epstein y McDermott, 1990).

A las personas obesas les resulta difícil reconocer si tienen hambre o están saciados; y/o que no pueden distinguir el hambre de otros estados internos aversivos debido a una pobre conciencia interoceptiva (Bruch, 1973). De esta manera, algunos sujetos tenderían a responder frente a la ansiedad como si experimentaran hambre, esto es, comiendo. En el largo plazo, o debido a estresores crónicos, esta condición favorecería el desarrollo de sobrepeso u obesidad (Silva, 2007).

El desarrollo de una conciencia interoceptiva deficiente es posiblemente resultado de un aprendizaje inapropiado en experiencias de vida temprana. El comportamiento de los padres puede contribuir al surgimiento de la alimentación emocional (Bruch, 1973; Karanen, Rasinaho, Hakko, Savolainen y Lindeman, 2010; Snoek et al., 2007), particularmente cuando las prácticas de control se extienden al control de la ingesta de alimentos del niño (Carper, Orlet, Fisher y Birch, 2000; Van Strien y Bazelier, 2007), como cuando los padres ejercen presión para comer, utilizan alimentos como recompensa por su buen comportamiento, entre otros. Cuando tales prácticas parentales de control de alimentos son frecuentes, los niños pueden desarrollar una conciencia interoceptiva deficiente, incluidas las dificultades para

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

reconocer si tienen hambre o saciedad o sufren alguna otra incomodidad, lo que puede dar lugar a un patrón de alimentación en respuesta a cualquier estado de excitación (Van Strien y Bazelier, 2008).

Otros modelos explicativos sobre la alimentación emocional como el de Heatherton y Baumister (como se citó en Bello, 2015) señalan que el sujeto se sobrealimenta para distraerse de situaciones que considera desagradables. Por otra parte, Lehman y Rodin (como se citó en Evers et al., 2010) señalan que la sobrealimentación incrementa las emociones positivas, debido a las cualidades placenteras de la comida como el olor y el sabor.

En esta misma línea, Herman y Polivy (1988) plantean que la sobrealimentación le produce al individuo una elevación del ánimo, enmascarando su estado de ánimo negativo.

Por otra parte, Evers et al. (2010) señalan que la alimentación emocional no es producto de la emoción experimentada por sí misma, sino que es producto de la falta de estrategias de regulación emocional. Evers et al. (2010) señalan que “la sobrealimentación ocurre cuando los sujetos experimentan afecto negativo que no pueden regular adecuadamente, causando que empleen la estrategia a la que tienen acceso, la cual es altamente maladaptativa: sobrealimentarse” (p. 793).

Así mismo existen divergencias sobre qué tipo de emociones son las que desencadenan la alimentación emocional. Algunos autores señalan que la tendencia a sobrealimentarse se da ante emociones como la ansiedad (Gade, Rosenvinge y Hjelmesæth, 2014; Nguyen-Rodríguez et al., 2009; Van Strien et al., 2012); depresión (Gade et al., 2014; Nguyen-Rodríguez et al., 2009); enojo y aburrimiento (Nguyen-Rodríguez et al., 2009); y estrés percibido (Sims et al., 2008; Zijlstra et al., 2012).

Además, puede haber variaciones en función del sexo. Gade, Harald, Rosenvinge, Hjelmesæth y Friborg (2014) señalan que la alimentación emocional ocurre más frecuentemente en mujeres que en hombres. Nguyen-Rodríguez et al. (2009) señalan que la alimentación emocional en mujeres se asocia con emociones como el estrés percibido, preocupaciones y ansiedad; mientras que en hombres se asocia a un estado de ánimo confuso.

Con respecto a la prevalencia en la población, algunos autores afirman que la alimentación emocional se da más en las personas obesas (Sims et al., 2008),

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

asociándose con un mayor IMC (Konttinen et al., 2010; Nogay, 2017; Sung, Lee, Song, Lee y Lee, 2010).

Otros autores señalan que se da por igual en personas con obesidad y normopeso (Newman, O'Connor y Conner, 2008). Nguyen-Rodríguez et al. (2009) al estudiar el IMC como variable moderadora de la relación entre estrés percibido y alimentación emocional, evidenciaron que el IMC no modera esta relación, y por lo tanto este estilo de alimentación no es característico únicamente de las personas obesas, sino que se presenta también en personas con normo peso.

Con respecto a los candidatos a cirugía bariátrica, la alimentación emocional es frecuente al tener una prevalencia entre el 38,1% al 58,7% (Opolski, Chur-Hansen y Wittert, 2015). Además, la alimentación emocional en mujeres candidatas a cirugía bariátrica es mayor, que en los hombres (Gade et al., 2014)

Sin embargo, Ronchi, Marinari, Sukkar, Scopinaro y Adami (2008) y Gradaschi, Noli y Comicelli (2013) encontraron que los candidatos bariátricos no eran más propensos a alimentarse emocionalmente que las personas con obesidad que comienzan un programa de pérdida de peso no quirúrgico. Castellini, Godni y Gorini (2014) no encontraron ninguna diferencia en la alimentación emocional reportadas por candidatos sometidos a la cirugía de la banda gástrica ajustable, BPGYR y derivación biliopáncreatica.

Otra de las poblaciones afectadas son los comedores "restringidos", personas que hacen dieta crónica: los cuales parecen particularmente vulnerables a comer en reacción a eventos emocionales negativos (Greeno y Wing, 1994; Polivy, Herman y McFarlane, 1994).

La alimentación emocional también tendrá una influencia en el tratamiento quirúrgico para la pérdida de peso, representando un factor de riesgo para peores resultados postoperatorios tras la cirugía bariátrica (Canetti, Berry y Elizur., 2009; Opolski et al., 2015). Zimmerman, Francione-Witt y Chelminski (2007) encontraron que "la razón más común para excluir a un candidato de la cirugía bariátrica era comer en exceso para hacer frente al estrés o a la angustia emocional" (p.1560).

Este estilo de alimentación también es un predictor para peores resultados de pérdida de peso en programas no quirúrgicos que buscan modificar el estilo de vida (Cox et al., 2011; Delahanty et al., 2014; Neve et al., 2010; Van Strien et al., 2012)

2.2.3 Alimentación restrictiva.

El segundo estilo de alimentación propuesto por Snoek et al. (2007) es la alimentación restrictiva. Se define como “el intento de restringir la ingesta de alimentos para mantener o perder peso corporal” (Van Strien et al., 2007).

Según la teoría planteada por Herman y Polivy (1988) realizar dietas lleva a que la persona suprima cognitivamente su sensación de hambre y coma menos. Sin embargo, en momentos de desinhibición, definida como una pérdida de control en la alimentación (Stunkard y Messick, 1985), las personas que se restringen son más propensas a comer en exceso que los que no hacen dieta. Tales atracones, pueden llevar a la ganancia de peso (Snoek et al., 2007).

Realizar dieta es una actividad mediada cognitivamente; sustituyéndose los controles fisiológicos, por los controles cognitivos para lograr un peso menor en consonancia con las aspiraciones personales de quien realiza dieta. Cuando se interfieren las cogniciones inhibitorias de las que depende la persona, se produce la sobrealimentación (Polivy y Herman, 1988).

Herman y Polivy (1988) centraron sus investigaciones en esta desinhibición a la hora de alimentarse, señalando que estas personas exhiben lo que ellos llaman contrarregulación, ya que ante circunstancias en las cuales deberían controlar su ingesta se desinhiben. Por ejemplo, las personas que no hacen dieta comen menos cuando están ansiosos. Los que hacen dietas comen pequeñas cantidades de alimento cuando están calmados, pero comen más cuando se sienten angustiados (Baucom y Aiken, 1981; Polivy y Herman, 1976).

En los experimentos de Polivy (1976), Spencer y Fremouw (1979), y Woody, Costanzo, Liefer y Conger (1981) se demostró que los comedores restringidos comían más después de que creían haber comido alimentos altos en calorías, independientemente del número real de calorías, por lo que concluyeron que mientras las personas que hacen dieta creen que sus dietas están intactas, comen moderadamente; pero cuando creen que sus dietas han sido violadas o que ya no son capaces de controlar su ingesta, comen en exceso o incluso se dan atracones (Silva, 2007).

Otras posturas explicativas señalan que la restricción dietética conlleva a la desinhibición, debido a que el cuerpo no puede distinguir la verdadera escasez de

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

alimentos de la restricción de alimentos autoimpuestos y actúa como si estuviera en modo de hambre: las sensaciones de hambre aumentan y la tasa metabólica se ralentiza (anabolismo y termogénesis adaptativa) (Major, Doucet, Trayhurn, Astrup y Tremblay, 2007; Goldsmith et al., 2010).

Las personas que se caracterizan por experimentar un temor exacerbado a ganar peso, restringiendo su alimentación por medio de dietas son llamados comedores refrenados (Herman y Polivy, 1988) o dietantes crónicos (Silva, 2005). Se ha encontrado que estas personas presentan desinhibición principalmente ante estados emocionales intensos (Van Strien et al., 1997), por lo tanto, las emociones ejercen una influencia significativa en el consumo de alimentos (Polivy y Herman, 1985) y el tipo de alimento seleccionado (alimentos hipercalóricos) (Oliver, Wardle y Gibson, 2000).

También se ha observado desinhibición en dietantes crónicos expuestos a inducciones de ánimo negativo y positivo (Cools, Schotte y McNally 1992; Schotte, Cools y McNally, 1990), inducciones de estrés (Heatherton et al., 1991; Polivy y Herman, 1976; Polivy et al., 1994), tareas cognitivas demandantes de atención (Ward y Mann, 2000), la escucha pasiva de música (Bellisle y Dalix, 2001), consumo de alcohol (Polivy y Herman, 1976), pensar en comida (Fedoroff, Polivy y Herman, 1997), el aroma de la comida (Fedoroff et al., 1997; Jansen y van den Hout, 1991; Rogers y Hill, 1989), el consumo de alimentos calóricos (Jansen, Merckelbach, Oosterlaan, Tuiten y Van den Hout, 1988; Oliver, Wardle y Gibson, 2000), el consumo de alimentos "percibidos" como calóricos (Polivy y Herman, 1976; Spencer y Fremouw, 1979), y ante la exposición a comerciales de dietas (Strauss, Doyle y Kreipe, 1994).

En este sentido, muchas investigaciones señalan que la alimentación restrictiva conlleva a la sobrealimentación (Van Strien et al., 2007) y por lo tanto a la obesidad (Chaput et al., 2009; French, Jeffrey y Wing, 1994; Goldsmith et al., 2010; Hays y Roberts, 2008; Jebb, 1997; Polivy y Herman, 1985; Stice et al., 1999).

En esta línea de investigación, el estudio de Sung, Lee y Song (2014) señalan que un aumento en el IMC desde los 20 años de edad no fue explicado por factores genéticos y se asoció con una mayor restricción en la dieta.

Nogay (2017) tuvo como objetivo determinar la relación entre comportamientos alimentarios e indicadores de adiposidad en adolescentes. La

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

restricción cognitiva y alimentación emocional fueron significativamente mayores en las mujeres que en los hombres. La restricción cognitiva con respecto a la ingesta de alimentos y la tendencia a la alimentación emocional aumentó el riesgo de obesidad, concluyendo que estar inclinado a comer emocionalmente y limitar el consumo de alimentos cognitivamente aumenta el riesgo de obesidad.

Además, las revisiones de las dietas restringidas en calorías no han sido motivo de optimismo con respecto a su efectividad a largo plazo (Aphramor, 2010; Mann et al., 2007). Mann et al. (2007) señalan que entre un tercio y dos tercios de las personas que hicieron dieta recuperaron más peso del que perdieron en sus dietas.

Otros autores, por el contrario, señalan que una mayor restricción de la dieta y la desinhibición reprimida pueden prevenir el aumento de peso e incluso predecir la pérdida de peso (Dalle-Grave et al., 2009; Teixeira et al., 2010; Wing y Phelan, 2005).

En el estudio de Brogan y Hevey (2013) se investigó la relación entre el estilo de alimentación emocional, externa y restrictiva y el consumo dietético. La alimentación restrictiva se asoció de forma significativa con una menor ingesta de alimentos ricos en grasas y azúcares, por ejemplo, grasas, aceites, azúcar, confitería y refrescos; mientras que la alimentación externa y emocional se asoció de forma significativa y positiva con la ingesta de estos alimentos. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas en poblaciones de peso saludable donde la alimentación restrictiva se ha asociado negativamente con el picoteo de comida (Adriaanse et al., 2011) y las elecciones de alimentos no saludables (Anschutz et al., 2009; de Lauzon et al. 2006). Del mismo modo, la alimentación externa se ha relacionado positivamente con el picoteo (Newman et al., 2008) y el consumo de alimentos poco saludables con alto contenido energético (Anschutz et al., 2009; de Lauzon et al., 2006).

En síntesis, la relación entre un estilo de alimentación restrictiva y la obesidad es controversial existiendo posturas diversas al respecto (Riesco et al., 2009). Incluso algunos autores señalan que hacer dieta sólo promoverá desórdenes en los patrones de alimentación en aquellos individuos con una baja autorregulación, entendida como una mayor tendencia a la desinhibición (Will et al., 2011).

2.2.2 Alimentación externa

El tercer tipo de comportamiento alimentario propuesto por Snoek et al. (2007) es la alimentación externa; concepto que tiene su origen en la teoría de la externalidad desarrollada por Schachter (1968), la cual hace referencia a la tendencia de comer cuando se está expuesto a señales relacionadas con alimentos como la vista, el olor, o el sabor, incluso ante la ausencia de hambre fisiológica (Verheijden, Murriss, Euser y Franker, 2010).

La teoría de la externalidad (Schachter, 1971) postula, al igual que la teoría psicósomática, que los comedores externos son relativamente insensibles a las señales fisiológicas del hambre y la saciedad (Van Strien et al., 2007). Pero en contraste con el énfasis de la teoría psicósomática en factores personales y emocionales, la teoría de la externalidad se enfoca en el ambiente externo (especialmente las señales alimenticias) como un determinante del comportamiento alimentario. Los comedores externos comen en exceso como resultado de su elevada capacidad de respuesta a las señales relacionadas con los alimentos en el entorno inmediato (Van Strien et al., 2012).

Otra diferencia importante es que la alimentación externa se considera una respuesta evolutivamente adaptativa, en contraste con la alimentación emocional (Rodin, 1981 como se citó en Van Strien et al., 2012). Neel (1962) sugiere que la evolución ha favorecido una adaptación genética para permitir que los humanos sobrevivan frente a la escasez de alimentos y la hambruna, ejerciendo una presión selectiva sobre la fisiología y el comportamiento. Estas adaptaciones pueden haber incluido el fomento de la conservación de energía, y en consecuencia la tendencia a comer en exceso siempre que haya señales externas de alimentos en el ambiente (Bryant et al., 2008; Polivy y Herman, 2006).

Otros autores como Berridge (2009) y Nijs y Franken (2012) señalan que un factor promotor de la obesidad puede ser el sesgo atencional a las señales de los alimentos que conduce a un consumo excesivo de energía. Shank et al. (2015) definen este sesgo atencional como “un procesamiento sesgado de los estímulos relacionados con los alimentos, que puede ser el resultado de una mayor relevancia de las señales de alimentos en el medio ambiente” (p.2).

El que una persona presente este sesgo atencional a las señales alimenticias apetecibles representa una vulnerabilidad para la sobrealimentación y en consecuencia

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

para la obesidad (Castellanos et al., 2009; Verheijden et al., 2010; Nijs y Franken, 2012).

Sin embargo, Van Strien et al. (2012) señalan que no existen diferencias entre la alimentación externa entre personas con obesidad y personas con normopeso. En su investigación concluyeron que el peso corporal se determina más por la tendencia a la alimentación emocional que por la sensibilidad a las señales ambientales de los alimentos.

Así mismo, Sung et al. (2010) realizaron un estudio prospectivo de seguimiento de 4 años sobre 1576 gemelos coreanos adultos y sus familias, y hallaron que la alimentación externa no representó factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, lo que es consistente con resultados similares en otros estudios (Lluch, Herbeth, Mèjean y Siest, 2000; Pothos, Tapper y Calitri, 2009; Snoek et al., 2007; Van Strien et al., 2007).

Los comportamientos alimentarios previamente descritos son considerados no saludables por su asociación con el aumento de peso, lo que indica que las personas con obesidad que presentan estos estilos de alimentación deben modificarlos para mejorar su estado de salud; en este sentido, la autorregulación representa un proceso indispensable que debe ser empleado por la persona para lograr este objetivo. A continuación, este constructo será descrito.

2.3 Autorregulación

La autorregulación se refiere en términos generales “a los múltiples procesos involucrados en el comportamiento dirigido a un objetivo, abarcando el manejo del comportamiento, pensamientos, sentimientos, atención y medio ambiente con el propósito de lograr objetivos personales” (Boekaerts, Maes y Karoly, 2005; Moilanen como se citó en Kliemann, Beeken y Wardle, 2016). Esta capacidad descrita puede aplicarse a un amplio rango de comportamientos, incluido el comportamiento alimentario (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok, Baumeister como se citó en Kliemann et al., 2016).

Con respecto a los mecanismos y principios específicos por los cuales opera, estos varían de acuerdo a diferentes modelos teóricos (Kliemann et al., 2016). Sin embargo, las teorías generalmente coinciden en señalar que la autorregulación hace

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

referencia a la capacidad de alterar las tendencias de respuesta dominantes o regular los impulsos. Así mismo, también es considerado como un esfuerzo que la persona ejerce para estimular respuestas deseables e inhibir las indeseables (Duckworth y Kern, 2011; Tangney, Baumeister y Boone, 2004).

Desde el modelo de la Teoría Social Cognitiva, Bandura (1989) define la autorregulación como la capacidad de la persona para motivarse y actuar con base en criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios comportamientos (Bandura, 1987; Zimmerman, 1989). Según este autor la explicación de la conducta, no se basa en determinantes ambientales externos o internos; el comportamiento humano está ampliamente motivado por la autoinfluencia, las capacidades autoreflexivas y autoreactivas que le permiten ejercer a la persona cierto control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones.

La capacidad simbólica del ser humano le permite prever consecuencias futuras, y sobre esta base dirigir su conducta. Es decir, cuando los eventos futuros son representados cognitivamente en el presente, se convierten en motivadores y reguladores actuales del comportamiento.

Las teorías que intentan explicar el comportamiento humano únicamente como el producto de recompensas y castigos externos ofrecen una imagen parcial de la naturaleza humana, puesto que el hombre dispone de capacidad auto directiva que le permite controlar en cierta medida sus pensamientos, sentimientos y actos a partir de las consecuencias que estos le comportan. Por tanto, el funcionamiento psicológico está regulado por una interacción recíproca de fuentes de influencia de carácter externo y autogeneradas por el propio individuo... Para conseguir su autodirección, el individuo establece para sí ciertas normas de conducta y responde a sus propias acciones de forma autoevaluativa (Bandura, 1987, p. 360).

Desde este modelo se plantea la interacción recíproca de tres determinantes: la conducta, factores afectivos y cognitivos, y los eventos ambientales (Abusaba y Achterberg como se citó en Verdi, 2006). Al existir una interacción recíproca, el ser humano es capaz de influir y a su vez de ser influenciado por el ambiente; específicamente la autoinfluencia se refiere a que el ser humano puede elegir cómo comportarse en base a su actividad cognitiva (Bandura, 1987).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

La capacidad para autorregularse no se consigue con un alarde de fuerza de voluntad, sino que actúa mediante un conjunto de subfunciones que han de ser desarrolladas y movilizadas para conseguir el cambio autodirigido. Ni la intención, ni el deseo de cambio por si solos tienen demasiado efecto si el individuo carece de los medios necesarios para influir sobre su propia conducta (Bandura, 1987, p. 361)

De acuerdo con Bandura (1987) estas subfunciones son:

1. **Autoobservación:** consiste en que el individuo preste atención a los aspectos relevantes de su conducta e ignore otros no relevantes. Las creencias y estados afectivos del individuo influirán en las tendencias de observación respecto a sí mismo y en la frecuencia y exactitud con que lo hace. Esta subfunción tiene dos fines en el proceso de autorregulación: proporciona la información necesaria para establecer criterios realistas para la ejecución y para evaluar el progreso hacia esos objetivos.

Así mismo, cuando se realiza de manera sistemática proporciona un mecanismo autodiagnóstico, en el cual el individuo analiza las regularidades en la covariación entre las situaciones y sus pensamientos y actos, logrando identificar los elementos de su entorno que actúan para él como instigadores.

Otro de los mecanismos proporcionados por la autoobservación es la automotivación. Observar la propia actuación modifica la conducta posterior en la medida que activa influencias autoreactivas en forma de autoimposición de metas y respuestas autoevaluativas.

2. **Autoevaluación:** se evalúa la propia conducta, cuáles comportamientos se seguirán ejecutando, cuáles no, y cuáles serán objeto de modificaciones. Esta evaluación se realiza en base a los criterios personales que permitan juzgar y guiar los actos (Bandura, 1987).

El desarrollo de tales criterios se basa en distintos procesos de influencia social como la inducción directa a partir de las reacciones sociales evaluativas de la propia conducta y mediante exposición a los criterios autoevaluativos modelados por los demás; además mediante factores personales, pues el individuo no incorpora pasivamente la información, sino

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

que procesa toda la información dispar que incide sobre sí para formar sus propios criterios (Bandura, 1987).

El aprendizaje previo también juega un papel importante “el modelado previo, y las experiencias disciplinarias imprimen su efecto sobre el tipo de intensidad de las autorreacciones que desarrolla el individuo ante su propia conducta” (Bandura, 1987, p. 366).

3. Influencia autoreactiva: a través de esta se responde evaluativamente a los propios actos, guiando la acción y además administrándose incentivos para los mismos. A través de esta subfunción se determinará cuáles comportamientos se seguirán emitiendo o no; el individuo seguirá aquellas pautas de comportamiento que producen autoreacciones positivas, y evitará aquellas conductas que originan autocensura (Bandura, 1987).

Los incentivos automotivadores pueden ser de varios tipos (Bandura, 1987, p.375):

-Tangibles: cuando el individuo se obliga a sí mismo a hacer cosas que podría aplazar o evitar, haciendo que determinados incentivos tangibles dependan de sus logros de ejecución. Se ha demostrado que los intentos de autorregular la conducta resultan más fructíferos cuando cuentan con la ayuda de incentivos autoaplicados que sin la presencia de los mismos.

-Respuestas autoevaluativas: hacen referencia a la propia estima y satisfacción de la persona. El individuo se gratifica a sí mismo y evoca pensamientos agradables cuando se siente orgulloso de sí mismo, mientras que se trata mal y tiene pensamientos negativos cuando se juzga de forma autocrítica. Como consecuencia, las autoevaluaciones negativas pasan a significar aversión, mientras que las autoevaluaciones positivas representan incentivos.

Como se señaló anteriormente, el ambiente obesogénico no afecta por igual a todas las personas, y los factores personales como el estilo de comportamiento alimentario y la autorregulación determinarán la vulnerabilidad a la obesidad.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

La capacidad para autorregular la conducta ayudará al individuo a lidiar con el ambiente obesogénico; además es primordial para alcanzar y mantener un peso saludable, ya que las personas con mayor autocontrol logran adherirse a los tratamientos dietéticos (Will et al., 2011).

Específicamente estas personas hacen elecciones de alimentos sanos, y guían su comportamiento alimentario en línea con los objetivos para la pérdida de peso, considerándose esta habilidad un predictor de comportamientos saludables (Will et al., 2011).

III. Planteamiento del Problema

Actualmente entre las principales causas de muerte a nivel mundial están las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes (OMS, 2017) en donde el exceso de peso, los estilos de vida sedentarios, comportamientos no saludables, un mal manejo de las emociones y patrones socioculturales tienen una gran influencia.

Este dato asoma la complejidad que tiene la enfermedad, y en general la salud, la cual no se puede abordar sólo desde el tradicional modelo médico de la enfermedad (Piña, 2003), pues las variables psicológicas y sociales, sin obviar las biológicas, son determinantes en la prevención, promoción y desarrollo de la salud entendida como un todo integrativo de estos elementos (Calatayud, 2015; Moreno, 2008; Oblitas, 2010).

La Psicología de la Salud plantea una visión integradora, en la cual existe una inseparabilidad entre el componente subjetivo, de comportamiento, biológico y social en la determinación del estado de salud del ser humano (Calatayud, 2015). En este campo es de interés principal estudiar cómo las variables psicológicas y sociales: conductas, emociones, creencias, actitudes, entre otras, influyen en el proceso salud-enfermedad al ser factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del mismo (Oblitas, 2010).

Uno de los problemas de salud de interés para este ámbito es la obesidad pues afecta a la población mundial y está directamente relacionado con comportamientos perjudiciales del individuo (Oblitas, 2008).

La OMS estimaba que para 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, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. Sólo en Latinoamérica, aproximadamente 130 millones de personas son víctimas del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2016). En Venezuela, el 30,8% de las personas adultas son obesas, es el país de Latinoamérica con el mayor porcentaje de personas con sobrepeso: 67,5%, reportando una prevalencia de obesidad aproximada al 50% (IMC= 25 Kg/m²) en hombres venezolanos y 53% en las mujeres venezolanas (IMC= 26,25 Kg/m²) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2014). Estas cifras a nivel nacional e internacional le han impreso a la obesidad el carácter de epidemia del siglo XXI.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

La obesidad definida como un exceso de grasa corporal, se encuentra asociada a muerte prematura y enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición como hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2, y enfermedades cardiovasculares (Chung y Mao, 2012) las cuales, después del cáncer y, recientemente, junto con la violencia urbana, ocupan los primeros lugares de la mortalidad en Venezuela (López-Blanco, Landaeta-Jiménez y Tomei- Macías, 2013).

La aparición de esta enfermedad puede tener como causa factores genéticos, alteraciones hipotalámicas, hiperinsulinismo, trastornos endocrinos, entre otros; pero además se reconoce que los factores externos como los ambientes obesogénicos pueden contribuir a incrementar la prevalencia de obesidad que es impulsada por hábitos alimentarios poco saludables e inactividad física (Moreno y Charro, 2006; Papas et al., 2007).

En este sentido, el factor psicológico es de gran importancia en el desarrollo de la misma; las personas pueden desarrollar comportamientos no saludables relacionados con la comida que conducen al aumento de peso (Swinburn et al., 2004).

El comportamiento alimentario o también llamado estilo de alimentación según Snoek et al. (2007) puede ser de tres tipos: la alimentación emocional, en el cual las personas comen en respuesta a emociones negativas como ansiedad, ira o tristeza; la restricción alimentaria, en donde las personas se someten a limitaciones en la alimentación para perder peso o mantenerlo; y la alimentación externa, en donde las personas comen en respuesta a estímulos relacionados con la comida.

La conducta alimentaria y su relación con la obesidad ha sido estudiada por diversos autores, los cuales han encontrado una asociación entre alimentación emocional y sobrepeso (Gianini, White y Masheb, 2013; Sánchez y Pontes, 2012).

Este estilo de alimentación se encuentra mediado por la autoestima, el estrés y los de estilos afrontamiento (Martin-Nemth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedricj y Bryant, 2009). Así mismo, Anschutz, Van De Ven y Engels (2009) encontraron que las emociones afectan tanto la selección y el consumo de ciertos alimentos, como la cantidad que se ingiere en personas adultas (Evers, Stok y De Ridder, 2010).

En relación con el estilo de alimentación externa, Schachter y Gross (1968) demostraron que personas adultas con obesidad eran más sensibles a las señales externas al comer que las personas normopeso. Vartanian, Herman y Wansink (2008)

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

señalan que la cantidad de alimento ingerida se puede ver influida por observar a otros comiendo. El tamaño de la porción ofrecida y el tamaño de la porción de otros que comen también afecta la cantidad de alimento ingerida (Hermans, Larsen, Heman y Engels, 2012).

Por último, en relación con el estilo de alimentación restrictiva los resultados del estudio de Snoek et al. (2007) señalan que se encuentra asociado al sobrepeso en la población adolescente. Así mismo, Lauzon-Gillain et al. (2006) encontraron que está fuertemente asociada con adiposidad en adultos.

Otros estudios que han evaluado esta asociación explican que las personas que realizan dietas restrictivas constantemente recurren a atracones, y en situaciones de desinhibición se sobrealimentan más fácilmente (Snoek et al., 2008).

Peláez-Fernández y Extremera (2011) evaluaron la pre-exposición a alimentos tentadores sobre la ingesta, la accesibilidad a metas como adelgazar, disfrutar de comida y las evaluaciones automáticas realizadas sobre las metas, en personas con una dieta restrictiva y sin este tipo de alimentación. Las personas sometidas a dietas restrictivas consumieron mayor cantidad de alimento en las tres condiciones (exposición a señales neutras, exposición a imágenes de comida tentadoras y exposición a imágenes referentes a dietas restrictivas). Estos resultados apoyan la teoría sobre la alimentación restrictiva y su asociación con la sobrealimentación, además, la exposición a alimentos tentadores podría ser un estímulo que activa el proceso de desinhibición.

En concordancia con lo anterior, Snoek et al. (2008) investigaron si la restricción alimentaria es la que causa sobrealimentación y aumento de peso o viceversa, si son los individuos de mayor peso los que suelen restringir más su dieta. Los resultados mostraron que el IMC predijo más la restricción.

En general, el aprendizaje de conductas alimentarias perjudiciales para la salud puede conllevar a la obesidad, y la práctica regular de conductas saludables volverse una tarea de gran complejidad.

En el paciente con obesidad las intervenciones para bajar peso están orientadas hacia tratamientos nutricionales, de actividad física, psicológicos, farmacológicos o quirúrgicos como la cirugía bariátrica, una alternativa cada vez más frecuente y

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

efectiva particularmente en el subgrupo de obesos mórbidos (Buchwald y Stanley, 2004).

En los tratamientos nutricionales basados en dietas restrictivas o control de peso, muchas veces los pacientes no siguen las recomendaciones dietarias y solo una parte completa los programas (Ayyad y Andersen, 2000; Cummings, Parham, Strain y Becker, 2002; González, 2007; Wing y Phelan, 2005).

Entre las razones para la recuperación del peso se encuentran los niveles inconsistentes de actividad física, la alimentación emocional, deficiente autocontrol en el consumo de alimentos hipercalóricos, consideración de los comportamientos que conducen a la pérdida de peso como diferentes a su estilo de vida normal, y la reanudación de sus viejos hábitos cuando la dieta ha terminado (Karfopoulou, Mouliou, Koutras y Yannakoulia, 2013; Lecaros, Cruzat, Diaz y Moore, 2015).

En otros estudios la baja adherencia es atribuida, entre otras causas, a la influencia de las preferencias alimentarias y estilo de vida de las personas con obesidad y sobrepeso (Linde, Jeffery, Finch, Ng y Rothman, 2004).

Generalmente, ante la dificultad en la pérdida de peso a través de las dietas, algunas de estas personas recurren a tratamientos quirúrgicos como la cirugía bariátrica, que ha demostrado tener una gran efectividad (Buchwald y Stanley, 2004). Sin embargo, aunque el tratamiento quirúrgico imposibilita la ingesta de grandes cantidades de alimentos, la pérdida de control en la alimentación puede reaparecer después de la cirugía (Olguin et al., 2014). Entre las variables que dificultan la pérdida y el mantenimiento del peso post cirugía bariátrica, se encuentran el regreso a la conducta alimentaria pre-cirugía, ya que hay dificultad para controlar la ingesta de los alimentos hipercalóricos, por lo cual el paciente retoma sus comportamientos y hábitos alimentarios anteriores.

Se puede observar que la falta de control para inhibir comportamientos alimentarios no saludables y para ejecutar conductas saludables puede ser una tarea de gran complejidad.

Independientemente del tratamiento que se elija, bajar de peso y mantenerlo requiere un esfuerzo constante en donde es necesario que el paciente realice cambios, muchas veces drásticos en su comportamiento: incorporando dietas saludables y práctica de actividad física de forma regular. Esto implica la autorregulación, en la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

cual hay una participación activa del propio sujeto en la modificación de su conducta. Es así como los resultados positivos dependen en gran medida de la responsabilidad individual al incorporar cambios en sus estilos de vida pasando del sedentarismo a un mayor equilibrio entre el ingreso y el gasto energético (Román et al., 2007; Lugli et al., 2009).

En este sentido, la autorregulación del peso tiene una influencia en la adherencia al tratamiento y por consiguiente en el éxito para alcanzar un peso saludable (Ayyad y Andersen, 2000; Lugli et al., 2009; Olguin, Carvajal y Fuentes, 2014; Román et al., 2007).

En el estudio de González et al. (2007) se determinó la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad y sobrepeso y su relación con variables antropométricas. Según este estudio sólo un 32% de los pacientes se consideraron adherentes al tratamiento nutricional y fueron los que presentaron mejores resultados (promedios más bajos) para las variables antropométricas, atribuido a la modificación del comportamiento (Ayyad y Andersen, 2000).

En el estudio de Lecaros et al. (2015) se describen los facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Entre las variables que favorecieron la pérdida de peso después de la cirugía está la preocupación por su peso actual. Luego de la cirugía la gran mayoría de los pacientes de estudio reconocieron un cambio en su estilo de vida, traducido en un mayor control de la ingesta calórica, así como también la incorporación de actividad física en sus rutinas diarias, con la finalidad de mantener el peso alcanzado tras la operación.

Lugli (2011) estudió la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida y el locus de control en la autorregulación del peso en pacientes obesos que asistían a tratamiento médico. Los resultados mostraron que las personas obesas que se sienten capaces de controlar su peso y a la vez tienen creencias de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayor autorregulación del peso.

González y Lugli (2012) describieron las habilidades de autocontrol, autoeficacia percibida y el locus de control en pacientes obesos que deseaban someterse a una Manga Gástrica Laparoscópica. Los resultados sugirieron que previo a la operación presentaban mayor facilidad en la autorregulación y autoeficacia para

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

llevar a cabo la ingesta alimentaria que la actividad física. Se mostró un balance entre las creencias de control.

Verdi (2006) buscó determinar el efecto de la cirugía bariátrica sobre la autorregulación de los hábitos de alimentación y de actividad física, locus de control y autoeficacia percibida para el control del peso corporal en un grupo de pacientes obesos que iban a someterse a cirugía restrictiva, restrictiva-malabsortiva y en un grupo que no sería operado. Los resultados del estudio muestran que la cirugía restrictiva-malabsortiva a los 5 meses de su ejecución, produjo cambios en la autorregulación y la autoeficacia percibida en el control del peso corporal, sugiriendo que no sólo produce cambios orgánicos (pérdida de peso) sino que también tiene un efecto a nivel psicológico.

En concordancia con lo expuesto, se puede observar cómo los comportamientos alimentarios no saludables pueden ser perjudiciales para la salud, pudiendo conllevar al sobrepeso; y cómo la autorregulación tiene una influencia determinante en la modificación de tales hábitos.

Los principales estudios sobre la autorregulación del peso y su relación con la obesidad se han enfocado en describir la autorregulación en personas obesas antes y después de la cirugía bariátrica (González y Lugli, 2012; Verdi, 2006); determinar la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida y el locus de control en la autorregulación del peso (Lugli, 2011); y por último, el autocontrol en la ingesta calórica como un facilitador de la adherencia al tratamiento (Ayyad y Andersen, 2000; Lecaros et al., 2015; Olguin et al., 2014; Román et al., 2007).

Sin embargo, no se encontraron investigaciones específicamente dirigidas a evaluar la relación entre la autorregulación y el comportamiento alimentario en sus distintas modalidades: alimentación emocional, alimentación restrictiva y alimentación externa; y cómo se relacionan estas dos variables en distintas poblaciones: personas con obesidad sometidas a cirugía bariátrica, personas con obesidad candidatas a cirugía bariátrica, personas con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica, y personas con normopeso, existiendo un vacío de información al respecto.

En este sentido se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relacionan la autorregulación y el comportamiento alimentario en personas con obesidad sometidas a cirugía bariátrica, personas con obesidad

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

candidatos a cirugía bariátrica, personas con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica, y personas con normopeso?

IV. Objetivos

4.1 Objetivo General

- a) Evaluar la relación existente entre la autorregulación y el comportamiento alimentario en:
 - Personas con normopeso.
 - Personas con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica.
 - Personas con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica.
 - Personas con obesidad sometidas a cirugía bariátrica.

4.2 Objetivos Específicos

En personas con normopeso, con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica, con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica:

- a) Describir el comportamiento alimentario.
- b) Describir la autorregulación.
- c) Comparar el comportamiento alimentario entre los grupos.
- d) Comparar la autorregulación entre los grupos.
- e) Determinar la relación entre el comportamiento alimentario y la autorregulación.

V. Método

5.1 Tipo y Nivel de Investigación

Se trata de una investigación de tipo correlacional. Como explican Hernández, Fernández y Baptista (2013) su finalidad es medir el grado de relación que exista entre dos o más constructos. En concordancia con esta definición, se buscó determinar la relación entre la autorregulación y el comportamiento alimentario en personas con obesidad y normopeso.

5.2 Diseño de la Investigación

Se planteó un diseño no experimental, en el cual se observa el fenómeno a estudiar tal y como se da en su contexto natural para después analizarlo; además es de tipo transversal, recolectándose los datos en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2013). En efecto, la presente investigación buscó estudiar el comportamiento alimentario y la autorregulación tal y como se manifiesta en las personas obesas y con normopeso, en un solo momento.

5.3 Población y Muestra

La población estuvo constituida por sujetos voluntarios con normopeso (IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m²), y con obesidad (IMC igual o superior a 30 kg/m²): sometidos a cirugía bariátrica, candidatos a cirugía bariátrica y no sometidos a cirugía bariátrica, que asisten a las unidades de tratamiento quirúrgico para la obesidad en el área metropolitana de Caracas.

La elección de las instituciones atendió a un criterio de accesibilidad a los mismos. Se seleccionaron la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario de Caracas, y el Servicio de Cirugía Bariátrica del Dr. Alberto Salinas en el Hospital de Clínicas Caracas por ser unidades médicas con años de experiencia en el tratamiento quirúrgico de la obesidad.

La clase de muestreo utilizada fue de tipo no probabilística, en la cual según Hernández, Fernández y Baptista (2013) la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Según Kerlinger y Lee (2002) el muestreo fue de tipo propositivo, al caracterizarse por el uso de intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir sujetos que se presume son típicos de la muestra.

Para efectos de esta investigación, la muestra estuvo conformada por 161 personas, con edades comprendidas entre los 13 y 77 años, con un promedio de edad de 40 años. De la muestra total, 106 personas (65,80%) fueron de sexo femenino y 55 personas (34,20%) de sexo masculino.

En referencia a la distribución de los grupos: 46 personas (28,60% de la muestra) eran normopeso, 37 pacientes (23% de la muestra) fueron personas obesas no operadas y que asistían por primera vez a las unidades médicas para el tratamiento quirúrgico de la obesidad, 46 personas (28,60% de la muestra) eran obesas candidatas a la cirugía bariátrica previo a la realización del procedimiento quirúrgico y por último 32 personas (19,90% de la muestra) quienes ya habían sido sometidas a cirugía bariátrica.

Como puede observarse en la tabla 2, en los cuatro grupos que conformaron el estudio hubo pocos adolescentes y personas de la tercera edad.

En relación con el nivel educativo, la mayoría de las personas con obesidad tenían un nivel de instrucción universitario, especialmente en el grupo de los candidatos (65,20%) y obesos sometidos a cirugía bariátrica (65,60%). En el caso de las personas con normopeso se observó que solo el 34,80% eran universitarios, lo cual puede explicarse principalmente por el hecho de que la mayor parte del recurso humano de la empresa que participó en el estudio, está conformada por personal obrero operario de máquinas.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Tabla 2

Distribución de los grupos de participantes según el sexo, nivel de instrucción y edad

Variables	Normopeso		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica		Candidatos a cirugía bariátrica		Obesos sometidos a cirugía bariátrica		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Sexo	Femenino	20	43,50	23	62,20	34	73,90	29	90,60
	Masculino	26	56,50	14	37,80	12	26,10	3	9,40
Nivel de Instrucción	Primaria incompleta	0	0	1	2,70	1	2,20	0	0
	Primaria	2	4,30	2	5,40	5	10,90	0	0
	Bachillerato incompleto	8	17,40	7	18,90	4	8,70	6	18,80
	Bachiller	20	43,50	12	32,40	6	13	5	15,60
Edad	Universitario	16	34,80	15	40,50	30	65,20	21	65,60
	Adolescentes	0	0	1	2,70	1	2,20	0	0
	Adultos	45	97,80	36	97,30	40	86,90	27	84,40
	Adultos de la Tercera edad	1	2,20	0	0	5	10,90	5	15,60

En la tabla N° 3 se puede observar que las personas con normopeso ($\bar{X}=22,07$ kg/m²) tenían un menor IMC en comparación con los grupos de obesos no sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}= 36,56$ kg/m²), candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=39,18$ kg/m²) y obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=28,29$ kg/m²) y estas diferencias fueron significativas, tal como era esperado en función de los objetivos de esta investigación y verificado a través de una prueba Anova ($p<0,05$) (Anexo A).

Así mismo, los obesos sometidos a cirugía bariátrica presentaron un IMC menor ($\bar{X}=28,29$ kg/m²) en comparación con los obesos que asisten por primera vez a las unidades para el tratamiento quirúrgico de la obesidad y los obesos candidatos, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$), lo que demuestra la efectividad del BPGYR para disminuir el exceso de peso en las personas con obesidad.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para estatura, peso e IMC

Variables	Normopeso				Obesos no sometidos a cirugía bariátrica				Candidatos a cirugía bariátrica				Obesos sometidos a cirugía bariátrica			
	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT
Estatura	1,47	1,83	1,66	0,09	1,46	1,85	1,63	0,08	1,35	1,77	1,62	0,09	1,54	1,88	1,65	0,07
Peso	43	83	61,12	8,47	76	140	97,5	15,75	66	170	103,3	18,58	53,4	136	77,48	18,6
IMC	18,92	24,8	22,07	1,68	30,11	50,2	36,56	5,15	30,08	56,8	39,18	5,38	20,55	42,92	28,29	6,36

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Por otra parte, de acuerdo con los criterios de clasificación de la obesidad, 70,30% de los obesos que asistían por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica se encontraban dentro de la categoría de obesidad, que incluyó la obesidad grado I (IMC: 30-34,9 kg/m²) y grado II (IMC 35-39,9 kg/m²).

En el grupo de candidatos a cirugía bariátrica 56,50% presentaban obesidad (Grado I-II) y 41,30% se ubicaron en la categoría de obesidad mórbida (IMC: 40-49,9 kg/m²) (Tabla 7).

Por último, en el caso de los obesos sometidos a cirugía bariátrica 43,80% presentaban normopeso (IMC: 18,25-24,9 kg/m²), lo cual representa un aspecto positivo al presentar un estado nutricional saludable; y como puede observarse tan solo 2 personas operadas (6,30% de la muestra) se encuentran en la categoría de obeso mórbido y ninguna se encuentra en la categoría de superobesidad (IMC: 50-59,9 kg/m²) (Tabla 4).

Tabla 4

Clasificación de la obesidad según el IMC en el grupo de participantes

Clasificación de la Obesidad según el Índice de Masa Corporal (IMC)														
Categorías	Normopeso		Sobrepeso		Pre-obeso		Obeso (Grado I-II)		Obeso Mórbido		Superobeso		Total	
Grupos	Fr	%	fr	%	Fr	%	fr	%	Fr	%	fr	%	Fr	%
Normopeso	46	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	46	100%
Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	26	70,30%	10	27%	1	2,70%	37	100%
Candidatos a cirugía bariátrica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	26	56,50%	19	41,30%	1	2,20%	46	100%
Obesos sometidos a cirugía bariátrica	14	43,80%	2	6,30%	5	15,60%	9	28,10%	2	6,30%	0	0,00%	32	100%

5.4 Materiales

En la presente investigación se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- **Cuestionario Holandés de Comportamiento alimentario (DEBQ):**

Cuestionario Holandés diseñado por Van Strien, Frijters, Bergers y Defares (1986) y validado para la población venezolana por Bello (2015) (Anexo B). Está compuesto por 33 ítems que miden alimentación emocional (13 ítems), alimentación externa (10 ítems) y alimentación restrictiva (10 ítems) y con opciones de respuestas que van del 1 al 5, en donde 1 es “nunca” y 5 “frecuentemente”; en el caso del ítem 21 este debe ser corregido de forma inversa. La puntuación en cada una de las dimensiones resulta de la suma de los puntajes obtenidos en los ítems correspondientes, indicando si se posee un nivel bajo, moderado o alto en determinado estilo de comportamiento alimentario.

La escala original posee validez de constructo, validez de contenido y una alta consistencia interna presentando un alfa de Cronbach de 0,95 para la subdimensión de alimentación restrictiva, 0,94 alimentación emocional y 0,80 alimentación externa (Van Strien et al., 1986). Para la adaptación a la población venezolana Bello (2015) realizó una validez de contenido, solicitando a expertos con manejo medio-alto del inglés y con conocimientos en comportamiento alimentario, la evaluación de la redacción de los ítems e instrucciones del cuestionario. La validez de constructo, se realizó a través de un análisis factorial, del cual se derivaron tres dimensiones que explican el 50,92% de la varianza y las cuales se corresponden con los tres estilos de alimentación planteados por Van Strien et al. (1986).

- **Inventario de Autorregulación del peso:**

Diseñado y validado por Lugli, Arzolar y Vivas (2006) como parte del proyecto “Conducta Alimentaria, Obesidad y Control Personal”, adscrito al Decanato de Investigación de la Universidad Simón Bolívar (Anexo C). Está constituido por 29 ítems: autorregulación de los hábitos alimentarios (16 ítems) y autorregulación de la actividad física (13 ítems) y tiene una escala de cuatro puntos, que van desde nunca (0) hasta siempre (3). La puntuación en cada una de las dimensiones resulta de la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

suma de los puntajes obtenidos en los ítems correspondientes, en donde a mayor puntaje, mayor autorregulación en esa dimensión.

Con respecto a las propiedades psicométricas, el inventario tiene validez de contenido, validez de constructo y una alta consistencia interna al presentar un alfa de Cronbach de 0,91 para la subdimensión de autorregulación en hábitos alimentarios y de 0,93 para la autorregulación de la actividad física.

5.4 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en dos fases:

En la fase 1 se realizó la búsqueda de los instrumentos validados en Venezuela para medir las variables de estudio: comportamiento alimentario y autorregulación, decidiéndose utilizar el Cuestionario Holandés diseñado por Van Strien et al. (1986) y validado para la población venezolana por Bello (2015); y el Inventario de autorregulación del peso, diseñado y validado por Lugli et al. (2006) como parte del proyecto “Conducta Alimentaria, Obesidad y Control Personal”, adscrito al Decanato de Investigación de la Universidad Simón Bolívar.

Una vez elegidos los instrumentos, se procedió a realizar el contacto institucional para la recolección de la muestra en 2 instituciones de salud: la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Universitario de Caracas, y el Servicio de Cirugía Bariátrica del Dr. Alberto Salinas en el Hospital de Clínicas Caracas; además se contactó a la empresa privada de Cosméticos Rolda C.A. En cada caso, se presentaron las solicitudes de autorización para realizar el estudio con los pacientes y personal de las entidades respectivamente, explicitándose en las mismas los objetivos de la investigación y los instrumentos a utilizar.

En la fase 2 de la investigación se les solicitó la participación a las personas a través de un consentimiento informado (Anexo D), en el cual se presentó el propósito del estudio y los dos cuestionarios a contestar, haciéndose explícitos los artículos 57 y 60 del Código de Ética Profesional del Psicólogo en Venezuela que señalan el carácter voluntario, confidencial y anónimo de la investigación. De aceptar participar en la investigación, la persona firmaba el consentimiento informado y se dieron las instrucciones para llenar los cuestionarios: DEBQ, Inventario de Autorregulación del peso, y la hoja de datos personales (Anexo E).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Para la obtención del IMC, en las instituciones de salud se contó con el apoyo de las enfermeras que asisten a los profesionales de los equipos para tallar y pesar a los pacientes participantes. En lo que respecta a la empresa se le solicitó al Departamento de Seguridad y Salud Laboral el peso y talla actual de los trabajadores participantes. Una vez obtenidos los datos del IMC se eliminaron de la muestra aquellos que no cumplieran con los criterios establecidos: personas con desnutrición (IMC menor a 18,25 Kg/m²) y personas con sobrepeso (IMC entre 25-26,9 Kg/m²).

Una vez recolectados los datos se procedió a su análisis a través de los estadísticos pertinentes haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 21.

5.5 Análisis de Datos

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 21. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizando medidas de tendencia central (media) y variabilidad (desviación estándar y rango).

Luego se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central (media) y variabilidad (desviación estándar y rango) para cada una de las variables (comportamiento alimentario y autorregulación) en cada uno de los grupos (normo peso, personas con obesidad, personas con obesidad candidatas a cirugía bariátrica, y personas sometidas a cirugía bariátrica).

Una vez obtenidas las medias para cada grupo en cada una de las variables, se procedió a compararlas mediante la prueba Anova de un factor, al ser la medida más adecuada para realizar comparación entre grupos en un solo momento.

Por último, con el fin de determinar la relación entre las variables: comportamiento alimentario y la autorregulación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

VI. Análisis y Discusión de Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos tras el procesamiento y tratamiento estadístico de los datos a través del paquete SPSS versión 21.

Para una mayor claridad en la comprensión de los resultados expuestos se describen los grupos que constituyeron la presente investigación: personas con normopeso, que figuraban como personal obrero operario de máquinas en la Empresa de Cosméticos Rolda C.A; personas con obesidad que asistían por primera vez a las unidades médicas para el tratamiento quirúrgico de la obesidad; personas con obesidad candidatas a cirugía bariátrica que ya se encontraban bajo un tratamiento psicológico y nutricional para poder ser operados; y por último, personas ya sometidas a cirugía bariátrica, intervenidas mediante BPGYR.

Igualmente, con el fin de presentar un análisis ordenado de los resultados y la discusión de los mismos, se retoman los objetivos de investigación.

a) Describir el comportamiento alimentario en personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica.

En cuanto al comportamiento alimentario se calcularon los puntajes de alimentación emocional, restrictiva y externa en cada uno de los grupos. Con respecto a la alimentación emocional, los puntajes teóricos van de 0 a 52; mientras que los de alimentación restrictiva y externa oscilan entre 0 y 40.

En la tabla 5 se puede observar que las personas con normopeso obtuvieron una media de 12,26 en la alimentación emocional, lo que indica que estas personas en su mayoría presentan pocas conductas alimentarias asociadas a un componente emocional; así mismo muestran pocas conductas restrictivas en su alimentación ($\bar{x}=7,15$). Sin embargo, se destaca que las personas normopeso tienen puntajes altos en alimentación externa ($\bar{x}=23,73$).

En referencia al grupo de personas con obesidad no operadas que asistían por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica, se destacan los niveles bajos de alimentación emocional ($\bar{x}= 14,32$) y restrictiva ($\bar{x}=12,62$); y en contraste niveles más altos de alimentación externa ($\bar{x}= 21,91$).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

En relación con el grupo de candidatos a cirugía bariátrica, y obesos ya sometidos a la cirugía, ambos presentaron niveles bajos para los tres estilos de alimentación.

El grupo de candidatos obtuvo una media en alimentación emocional de 14,39, en alimentación restrictiva de 15,23 y de 17,91 en alimentación externa.

En el grupo de obesos ya sometidos a cirugía bariátrica la media de la alimentación emocional fue de 10,56, en alimentación restrictiva de 10,53 y en alimentación externa de 16,15.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de la variable comportamiento alimentario en el grupo de participantes

Estilos de Alimentación	Normopeso				Obesos no sometidos a cirugía bariátrica				Candidatos a cirugía bariátrica				Obesos sometidos a cirugía bariátrica			
	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT
Alimentación Emocional	0	33	12,26	8,92	0	48	14,32	11,2	0	39	14,39	11,7	0	33	10,56	9,94
Alimentación Restrictiva	0	26	7,15	5,95	0	33	12,62	8,23	0	29	15,23	7,14	0	24	10,53	7,5
Alimentación Externa	9	35	23,73	6,7	7	35	21,91	7,45	5	33	17,91	6,92	3	32	16,15	7,25

b) Describir la autorregulación en personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica

La variable autorregulación, en la dimensión de autorregulación de los hábitos alimentarios tiene puntajes teóricos que van de 0 a 48 puntos, en el caso de la dimensión de autorregulación de la actividad física los puntajes oscilan entre 0 y 39 puntos.

En la Tabla 6 se observa que para el grupo de personas con normopeso, se presentan niveles bajos para la autorregulación de los hábitos alimentarios ($\bar{x}=16,10$). En contraste, los obesos no sometidos a cirugía bariátrica que asistían por primera vez a las unidades quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, los obesos candidatos a cirugía bariátrica y los obesos ya operados presentaron niveles moderados de

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

autorregulación en sus hábitos de alimentación ($\bar{x}=22,75$; $\bar{x}=25,65$; $\bar{x}=26,25$ respectivamente).

En relación con la autorregulación de la actividad física, los cuatro grupos presentaron niveles bajos: en los normopeso una media de 17,71; en los obesos no sometidos a cirugía bariátrica un promedio de 16,35; en los candidatos a cirugía bariátrica una media de 17,32 y en los obesos ya operados un promedio de 19,09 (Tabla 6).

Tabla 6
Estadísticos descriptivos de la variable autorregulación en el grupo de participantes

Autorregulación	Normopeso				Obesos no sometidos a cirugía bariátrica				Candidatos a cirugía bariátrica				Obesos sometidos a cirugía bariátrica			
	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT	Min	Max	Media	DT
Autorregulación de los hábitos alimentarios	0	46	16,10	9,87	6	43	22,75	10,20	3	46	25,65	10,40	5	41	26,25	8,13
Autorregulación de la actividad física	0	35	17,71	10,10	0	33	16,35	9,11	0	36	17,32	8,69	0	39	19,09	11,40

c) Comparar el comportamiento alimentario entre los grupos: personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica.

Con el fin de establecer las comparaciones de los puntajes obtenidos por cada uno de los grupos en los estilos de comportamiento alimentario y los tipos de autorregulación, se procedió a realizar la prueba Anova de un factor debido al nivel de medida de la variable (de intervalo) y el tamaño de la muestra, utilizándose un nivel de significación de $p=0,05$ para el establecimiento de las conclusiones.

Como puede observarse en las Tablas 7 y 8, al contrastar los puntajes promedios de: alimentación restrictiva, alimentación externa, y autorregulación de los hábitos de alimentación en los distintos grupos, se muestran diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,05$ y un nivel de confianza del 95%. Los datos reportados son aquellos en los cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Tabla 7

Anova de un factor para la comparación de los estilos de comportamiento alimentario en el grupo de participantes

Variable dependiente	(T) grupos	(J) Grupos	Diferencia de medias (T-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Alimentación Emocional	Normopeso	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-2,06345	2,31688		-8,2544	4,1275
		Candidatos a cirugía bariátrica	-2,13043	2,18767		-7,9761	3,7152
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	1,69837	2,41512		-4,7551	8,1518
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	2,06345	2,31688		-4,1275	8,2544
		Candidatos a cirugía bariátrica	-0,06698	2,31688		-6,2579	6,124
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	3,76182	2,53276		-3,006	10,5296
	Candidatos a cirugía bariátrica	Normopeso	2,13043	2,18767		-3,7152	7,9761
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	0,06698	2,31688		-6,124	6,2579
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	3,8288	2,41512		-2,6246	10,2822
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	-1,69837	2,41512		-8,1518	4,7551
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-3,76182	2,53276		-10,5296	3,006
		Candidatos a cirugía bariátrica	-3,8288	2,41512		-10,2822	2,6246
Bonferroni	Normopeso	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-5,46945**	1,58412	0,004	-9,7024	-1,2365
		Candidatos a cirugía bariátrica	-8,08696**	1,49577	0,000	-12,0838	-4,0901
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-3,37908	1,65128		-7,7915	1,0333
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	5,46945**	1,58412	0,004	1,2365	9,7024
		Candidatos a cirugía bariátrica	-2,61751	1,58412		-6,8504	1,6154
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	2,09037	1,73172		-2,537	6,7177
	Candidatos a cirugía bariátrica	Normopeso	8,08696**	1,49577	0,000	4,0901	12,0838
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	2,61751	1,58412		-1,6154	6,8504
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	4,70788*	1,65128	0,03	0,2955	9,1203
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	3,37908	1,65128		-1,0333	7,7915
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-2,09037	1,73172		-6,7177	2,537
		Candidatos a cirugía bariátrica	-4,70788*	1,65128	0,03	-9,1203	-0,2955
Alimentación Restrictiva	Normopeso	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	1,82021	1,55787		-2,3426	5,983
		Candidatos a cirugía bariátrica	5,82609**	1,47099	0,001	1,8955	9,7567
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	7,58288**	1,62393	0,000	3,2436	11,9222
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	-1,82021	1,55787		-5,983	2,3426
		Candidatos a cirugía bariátrica	4,00588	1,55787		-0,1569	8,1687
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	5,76267**	1,70303	0,005	1,212	10,3133
	Candidatos a cirugía bariátrica	Normopeso	-5,82609**	1,47099	0,001	-9,7567	-1,8955
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-4,00588	1,55787		-8,1687	0,1569
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	1,75679	1,62393		-2,5825	6,0961
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	-7,58288**	1,62393	0,000	-11,9222	-3,2436
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-5,76267**	1,70303	0,005	-10,3133	-1,212
		Candidatos a cirugía bariátrica	-1,75679	1,62393		-6,0961	2,5825

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05

** La diferencia de medias es significativa al nivel 0,01

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Tabla 8

Anova de un factor para la comparación de los tipos de autorregulación en el grupo de participantes

Variable dependiente	(I) Grupos	(J) Grupos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%			
						Límite inferior	Límite superior		
Autorregulación de los hábitos alimentarios	Normopeso	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-6,64806*	2,16252	,015	-12,4265	-,8696		
		Candidatos a cirugía bariátrica	-9,54348**	2,04191	,000	-14,9997	-4,0873		
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-10,1413**	2,25421	,000	-16,1648	-4,1178		
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	Normopeso	6,64806*	2,16252	,015	,8696	12,4265	
		Candidatos a cirugía bariátrica	Candidatos a cirugía bariátrica	-2,89542	2,16252		-8,6739	2,8831	
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-3,49324	2,36401		-9,8101	2,8236	
	Candidatos a cirugía bariátrica	Normopeso	Normopeso	9,54348**	2,04191	,000	4,0873	14,9997	
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	2,89542	2,16252		-2,8831	8,6739	
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-,59783	2,25421		-6,6213	5,4256	
	Autorregulación de los hábitos de Actividad Física	Normopeso	Normopeso	10,14130**	2,25421	,000	4,1178	16,1648	
			Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	3,49324	2,36401		-2,8236	9,8101
			Candidatos a cirugía bariátrica	Candidatos a cirugía bariátrica	,59783	2,25421		-5,4256	6,6213
Obesos no sometidos a cirugía bariátrica		Normopeso	Normopeso	1,36604	2,15755		-4,3991	7,1312	
		Candidatos a cirugía bariátrica	Candidatos a cirugía bariátrica	,39130	2,03722		-5,0523	5,8350	
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-1,37636	2,24903		-7,3860	4,6333	
Obesos sometidos a cirugía bariátrica		Normopeso	Normopeso	-1,36604	2,15755		-7,1312	4,3991	
		Candidatos a cirugía bariátrica	Candidatos a cirugía bariátrica	-,97474	2,15755		-6,7399	4,7905	
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-2,74240	2,35858		-9,0448	3,5600	
Candidatos a cirugía bariátrica		Normopeso	Normopeso	-,39130	2,03722		-5,8350	5,0523	
		Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	,97474	2,15755		-4,7905	6,7399	
		Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-1,76766	2,24903		-7,7773	4,2420	
Obesos sometidos a cirugía bariátrica	Normopeso	Normopeso	1,37636	2,24903		-4,6333	7,3860		
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	2,74240	2,35858		-3,5600	9,0448		
	Candidatos a cirugía bariátrica	Candidatos a cirugía bariátrica	1,76766	2,24903		-4,2420	7,7773		

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05

** La diferencia de medias es significativa al nivel 0,01

Con respecto a la alimentación emocional, las personas con normopeso obtuvieron un puntaje promedio de 12,26; el grupo de personas obesas no operadas obtuvieron una media de 14,32; los candidatos a cirugía bariátrica tuvieron un promedio de 14,39; y por último las personas operadas obtuvieron un puntaje promedio de 10,56; observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los cuatro grupos (Tabla 7).

Estos resultados son acordes con lo expuesto por la teoría psicosomática (Kaplan y Kaplan, 1957) la cual afirma que no hay un efecto significativo del comer emocional sobre el aumento de peso, por lo cual no deberían existir diferencias entre

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

las medias de alimentación emocional entre los grupos de personas con distintos estados nutricionales.

Esto es respaldado por otros estudios como el de Koenders y Van Strien (2011), Lluch et al. (2000) y Newman et al. (2008), los cuales no encontraron correlación entre la alimentación emocional y el aumento de peso, concluyendo que este estilo de alimentación se da por igual en personas con obesidad y normopeso.

En esta misma línea de investigación, Nguyen-Rodríguez et al. (2009) al estudiar el IMC como variable moderadora de la relación entre estrés percibido y la alimentación emocional, evidenciaron que el IMC no modera esta relación, y por lo tanto este estilo de alimentación no es característico únicamente de las personas obesas, sino que se presenta también en personas con normopeso.

Sin embargo, algunos autores contradicen estos hallazgos afirmando que la alimentación emocional se da más en las personas obesas (Canetti et al., 2002; Sims et al., 2008), asociándose con un mayor IMC (Kontinen et al., 2010; Nogay, 2017; Sung et al., 2010).

En cuanto a la alimentación restrictiva el puntaje promedio de las personas con normopeso fue bajo ($\bar{x}= 7,15$) y no tuvo diferencias estadísticamente significativas con el grupo de personas operadas ($\bar{x}= 10,53$). En cambio, sí se observaron diferencias significativas de los normopeso con respecto al grupo de personas con obesidad que asistían por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica ($\bar{x}=12,62$; $p=0,00$) y los candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=15,23$; $p=0,00$), los cuales presentaron mayores comportamientos alimentarios restrictivos (Tabla 7).

Estos hallazgos concuerdan con lo postulado por la teoría de Herman y Polivy (1988) los cuales señalan que las personas que se restringen son más propensas a comer en exceso y a presentar un mayor IMC. El suprimir cognitivamente la sensación de hambre conlleva que ante estados emocionales intensos ocurra la desinhibición y se consuman una mayor cantidad de comidas calóricas.

Según Guido, Van Koningsbruggen, Stroebe y Aarts (2013) la impulsividad tiene un rol mediador, por lo cual una persona que se restringe, pero tiene poco control, tendrá menor éxito al seguir un patrón de alimentación específico. Así mismo, Sola-Gutiérrez et al. (2013) señalan que este comportamiento se caracteriza por la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

dificultad para demorar la gratificación del refuerzo en momentos en los cuales aquella se vea tentada, lo que dificulta el logro de un objetivo dietético.

En efecto, en estos dos grupos de obesos hay niveles moderados de autorregulación, por lo cual al fracasar en los tratamientos dietéticos y alternativas terapéuticas tradicionales, terminan eligiendo el tratamiento quirúrgico como una opción viable para alcanzar un estado nutricional saludable.

Drapeau et al. (2003) a través de un estudio longitudinal encontraron que las personas con menos restricción en su alimentación, experimentaron pocos cambios en su peso durante el período de tiempo del estudio. Esta investigación, respalda los hallazgos encontrados pues los normopeso y los operados del presente estudio, no se restringen en la alimentación y tienen un peso más saludable.

La mayor presencia de restricción en los candidatos a cirugía bariátrica y las personas que asisten por primera vez a las unidades quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad concuerda con los hallazgos de Hagger et al. (2013) y Snoek et al. (2007) que señalan que las personas con obesidad emplean una alimentación restringida.

En cuanto al grupo de personas sometidas a cirugía bariátrica, Turkmen, Andreen y Cengiz (2015) señalan que las personas obesas tras someterse al BPGYR disminuyen sus comportamientos restrictivos en la alimentación. En su investigación evaluaron el efecto del BPGYR en el comportamiento alimentario, revelando que el estilo de alimentación de los operados cambió marcadamente después de la cirugía, específicamente hubo reducciones en la alimentación emocional, y restrictiva.

En relación con la alimentación externa, las personas con normopeso presentan niveles altos en este estilo de alimentación ($\bar{x}=23,73$), al igual que las personas obesas no sometidas a cirugía bariátrica que asistían por primera vez a las unidades quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad ($\bar{x}= 21,91$); observándose que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos. Los normopeso en cambio sí presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los candidatos ($\bar{x}=17,91$; $p=0,00$) y los obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}= 16,15$; $p=0,00$) los cuales presentaron niveles moderados en alimentación externa (Tabla 7).

Los niveles altos de alimentación externa en las personas con normopeso, contradicen lo postulado por la teoría de la externalidad, la cual establece que las

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

personas con sobrepeso son más propensas a tener este tipo de comportamiento alimentario (Schachter, 1971).

En el caso de los normopeso, presentar niveles altos de alimentación externa, no representa un comportamiento que precisamente implique la sobrealimentación y el aumento de peso, pues los ítems del cuestionario (“¿Si pasas cerca de una pastelería, te entran ganas de comprar algo delicioso?”, “Si ves a otros comiendo, ¿te dan ganas de comer?”, “Si ves o hueles algo delicioso ¿sientes el deseo de comértelo?”) están orientados a indagar acerca del deseo de alimentarse ante estímulos relacionados con la comida, lo cual no implica que en todas las ocasiones lleven a cabo tal comportamiento, pues las condiciones socioeconómicas actuales representan una limitante. En el contexto de la inseguridad alimentaria, puede incluso considerarse que este estilo de alimentación es adaptativo, pues tal como señala la teoría ha permitido que el ser humano sobreviva ante la escasez de alimentos y la hambruna (Polivy y Herman, 2006).

En el caso de los obesos que asisten por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica, la disponibilidad de alimentos y el consumo de energía puede ser mayor, por lo cual un sesgo atencional ante las señales de alimentos representaría un comportamiento alimentario no saludable que conlleve al sobrepeso.

Además de lo postulado por la teoría de la alimentación externa, algunos autores como Van Strien et al. (2009) han encontrado que no existen diferencias en este estilo de alimentación entre personas con obesidad y personas con normopeso, concluyendo que el peso corporal se determina más por la tendencia a la alimentación emocional que por la sensibilidad a las señales ambientales de los alimentos.

Así mismo, Sung et al. (2014) realizaron un estudio prospectivo de seguimiento de 4 años sobre 1576 gemelos coreanos adultos y sus familias, y hallaron que la alimentación externa no representó factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso; lo que es consistente con resultados similares en otros estudios (Lluch et al., 2000; Pothos et al., 2009; Snoek et al., 2007; Van Strien et al., 2007).

Tal como se señaló previamente, es importante destacar que encontrar bajos niveles de restricción y de autorregulación de los hábitos alimentarios, además de altos niveles de alimentación externa en las personas con normopeso en comparación con las personas obesas puede deberse a la situación de inseguridad alimentaria en la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

cual se encuentra el país, y especialmente esta población obrera, la cual en su mayoría pertenece a estratos socioeconómicos bajos según lo reportado por el personal de recursos humanos de la empresa.

La inseguridad alimentaria es un fenómeno multidimensional, y existe siempre que la disponibilidad de alimentos nutritivos, adecuados y seguros o la capacidad de adquirir alimentos en formas socialmente aceptables sean limitadas o inciertas (Anderson, 1990). Además de la calidad y cantidad, la inseguridad alimentaria incluye dimensiones psicológicas y socioculturales; cuando las personas carecen de elección, temen quedarse sin comida o se ven obligadas a hacer cambios importantes en sus hábitos alimentarios preferidos debido a restricciones económicas.

Tal definición describe el panorama actual del país. Las personas con recursos limitados pueden omitir las comidas, eligen más alimentos ricos en energía para prevenir el hambre y consumen alimentos en exceso cuando el dinero está nuevamente disponible; además, la ansiedad por la comida a menudo se experimenta, y la calidad de los alimentos es generalmente afectada antes que la cantidad de ingesta (Dietz, 1995).

Igualmente, la privación de comida tiene como consecuencia una variedad de cambios cognitivos y de comportamiento, tales como mostrar una tendencia a comer en exceso o incluso darse atracones cuando las restricciones no están presentes; también pueden existir interrupciones cognitivas incluyendo distracción (mayor dificultad para concentrarse) y enfoque en los alimentos y en comer (Polivy, 1996).

En este sentido, no es de sorprender que bajo las condiciones de inseguridad alimentaria las personas del grupo normopeso tengan bajos niveles de restricción en su alimentación y por el contrario, ante los estímulos relacionados con los alimentos estén más atentos, incluso en ausencia de hambre fisiológica.

Por otra parte, los niveles más bajos de alimentación externa en los candidatos y los operados de cirugía bariátrica pueden ser explicados por los hallazgos de Nance, Eagon, Klein y Pepino (2018), los cuales señalan que los cambios en la ingesta dietética y la pérdida de peso inducidos por la cirugía bariátrica y/o por la reducción de ingesta calórica a la cual son sometidos los candidatos, produce cambios en el comportamiento alimentario, específicamente en la reducción de los antojos y de la alimentación externa.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

En efecto, los candidatos a cirugía bariátrica se encuentran bajo un tratamiento dietético y psicológico que induce cambios en los patrones de alimentación y pérdida de peso paulatina; una vez operados estos cambios en la dieta y la pérdida de peso continúan debido a la restricción física existente, lo que según estos autores conllevará a una disminución de los estilos de alimentación no saludables.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que manipulan la ingesta dietética en sujetos que no se sometieron a cirugía bariátrica. Por ejemplo, los sujetos que seguían una dieta muy baja en calorías durante tres meses también reducían sus ansias de comer, y los tipos de alimentos que restringían más eran los que menos anhelaban (Martin, O'Neil, y Pawlow, 2006; Martin et al., 2011).

d) Comparar la autorregulación entre los grupos: personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica.

Con respecto a la autorregulación de los hábitos alimentarios, el grupo de personas con normopeso presentó niveles bajos ($\bar{X}= 16,10$); existiendo diferencias significativas con los otros tres grupos: obesos no sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=22,75$), candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{X}= 25,65$) y obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=26,25$) los cuales presentaron niveles moderados de control en sus hábitos de alimentación como se mostró previamente en la Tabla 8.

Referente a la autorregulación de la actividad física no existieron diferencias significativas ($p=,708$) entre las medias de los cuatro grupos que formaron parte de la investigación: normopeso ($\bar{X}= 17,71$), obesos no sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=16,35$), candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=17,32$) y obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{X}=19,09$) (Tabla 8).

En relación con el grupo de personas normopeso, estos presentan niveles bajos de autorregulación en sus hábitos de alimentación, ya que como se expuso anteriormente son personas que se encuentran en una situación de inseguridad alimentaria, por lo cual es de esperar que no tengan un control sobre sus hábitos alimentarios, no presenten restricciones sobre qué comer, y por el contrario estén más atentos ante la oportunidad de poder ingerir alimentos.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

En relación con las personas con obesidad, los niveles moderados en autorregulación están relacionados justamente con el fracaso en las dietas previas, y el deseo que tienen estas personas de llevar a cabo una cirugía bariátrica, tal como se observa en la conformación de los grupos: personas que asisten por primera vez a las unidades para el tratamiento quirúrgico de la obesidad y manifiestan el deseo de operarse, personas que ya se encuentran en el proceso para ser operados y obesos ya sometidos a cirugía bariátrica.

Estas personas no han podido manejar por completo sus comportamientos. Tal como señala Bandura (1989) la autorregulación no se consigue con un alarde de fuerza de voluntad, es necesario que ciertos procesos cognitivos como la autoobservación, la autoevaluación y el autoreforzo sean llevados a cabo para poder dirigir la conducta hacia un objetivo de salud. Si tales procesos no suceden, será realmente difícil para los obesos bajar de peso y cambiar su estilo de vida.

Hallazgos similares fueron encontrados por González y Lugli (2012) los cuales señalan que los obesos que se planteaban una Manga Gástrica como tratamiento para el control de peso se caracterizaron por presentar niveles moderados de autorregulación del peso, presentando una mayor autorregulación para la ingesta adecuada de alimentos, dificultándoseles un poco más realizar un esfuerzo sostenido en la práctica de ejercicio físico.

Contrario a los resultados expuestos en este estudio, Verdi (2006) encontró que existen diferencias en la autorregulación entre obesos no sometidos a cirugía bariátrica y obesos sometidos a cirugía bariátrica, estos últimos presentando niveles más altos de autorregulación de los hábitos alimentarios y de actividad física.

e) Evaluar la relación entre el comportamiento alimentario y la autorregulación en personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica.

Con respecto, a la relación entre las variables de estudio se puede observar que en los cuatro grupos hubo una correlación positiva entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y la autorregulación de la actividad física, lo que quiere decir que, a mayor autorregulación de los hábitos alimentarios, mayor autorregulación de la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

actividad física, y viceversa, a menor autorregulación de los hábitos alimentarios, menor autorregulación de la actividad física.

Tal como señala Bandura (1987) la capacidad para autorregularse es una habilidad que puede ser aplicada a un amplio rango de comportamientos, es así como controlar la alimentación y la actividad física consisten en un mismo ejercicio de autoinfluencia, autorreflexión y auto-reacción para manejar los pensamientos, sentimientos, motivaciones y acciones en función de la salud.

En este sentido, es de esperar que si una persona es capaz de: llevar a cabo acciones planificadas y premeditadas, evaluar las consecuencias de una conducta, y demorar el refuerzo inmediato a cambio de un refuerzo a largo plazo para el logro de un objetivo, también pueda aplicar este mismo control para otras conductas.

Igualmente, ingerir ciertos tipos de alimentos tiene consecuencias reforzantes inmediatas y consecuencias negativas para la salud que son demoradas, una persona impulsiva o con baja autorregulación será más sensible al refuerzo y no pensará en las consecuencias a largo plazo de su conducta aunque estas puedan afectar su salud (Saldaña y Rossel, 2000). Si hay dificultades en autorregular la alimentación, también es de esperar que ante la actividad física suceda lo mismo, prefiriéndose no llevarla a cabo pues realizar ejercicio es seguido a corto plazo de consecuencias negativas poco reforzantes como tener que buscar tiempo, dejar de hacer otras actividades, cansancio físico, además de no producir pérdida de peso inmediata, por lo cual el refuerzo es demorado y las consecuencias inmediatas no son gratificantes.

Estos hallazgos son cónsonos con los encontrados por otros investigadores que señalan la existencia de una correlación entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y los hábitos de actividad física (Bryant, 2008; Carraca et al., 2013; Will, et al, 2011).

Bryant (2008) encontró que las mujeres con un puntaje más alto de desinhibición en la alimentación, generalmente exhiben un comportamiento más sedentario. Así mismo, Will et al. (2011) realizaron seguimiento de la dieta, ejercicio y la pérdida de peso de personas con obesidad durante un programa de pérdida de peso de 12 semanas. Las personas con un mayor autocontrol realizaron mayor ejercicio, y perdieron más peso en comparación a los que tienen poco autocontrol.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

En concordancia con lo anterior, es de esperar que a menores niveles de control sobre los hábitos de alimentación, menores niveles de regulación sobre la actividad física tanto en las personas con normopeso como obesas.

En la presente investigación también se encontró una correlación positiva entre la autorregulación de los hábitos alimentarios y el estilo de alimentación restrictivo en todos los grupos, es decir, que las personas que presentan mayor regulación de los hábitos alimentarios, tendrán mayor restricción en su alimentación; y viceversa a menor regulación de los hábitos alimentarios, menor alimentación restrictiva.

Este hallazgo es sumamente importante porque a pesar de lo señalado por diversos autores acerca de las consecuencias negativas de los comportamientos restrictivos y su asociación con la desinhibición y/o pérdida de control en la alimentación (Goldsmith et al., 2010; Herman y Polivy, 1988; Major et al., 2007; Snoek et al., 2007; Stunkard y Messick, 1985; Van Strien et al., 2008), en esta investigación se encontró que ambas variables se correlacionan positivamente, lo cual puede ser explicado por el hecho de que las dos implican control sobre la propia conducta y demora de la gratificación, ya sea para inhibir un comportamiento relacionado con la alimentación no saludable o para llevar a cabo comportamientos cónsonos con un objetivo personal.

La restricción implica que la persona tiene que esforzarse para desarrollar y mantener una estrategia para controlar la ingesta de calorías, lo que se relaciona con la capacidad de autorregulación en la cual se inhiben conductas inadecuadas y se despliegan conductas pertinentes para el logro de un objetivo. De tal forma que al restringirse en la alimentación se hace un esfuerzo por autocontrolar los alimentos que se ingieren (Elfhag y Morey, 2008).

En concordancia con estos hallazgos, varios autores encontraron que ambas variables: restricción en la alimentación y autorregulación, son predictoras de una alimentación más saludable, previenen el aumento de peso e incluso predicen su pérdida (Dalle-Grave et al., 2009; Johnson, Pratt y Wardle, 2012; Keller y Siegrist, 2014; Teixeira et al., 2010; Wing y Phelan, 2005).

Johnson et al. (2012) señalan que un grado de restricción deliberada puede ser esencial para controlar el peso. La contención en la alimentación conduce a un menor

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

consumo excesivo y una reducción del aumento de peso, por lo cual un esfuerzo sostenido para monitorear y controlar la ingesta de comida caracteriza el mantenimiento exitoso del peso a largo plazo.

En esta misma línea de investigación, Keller y Siegrist (2014) encontraron que un alto autocontrol facilita una alimentación restrictiva exitosa, por lo cual la autorregulación es un rasgo importante que permite a las personas resistir alimentos tentadores y controlar su peso. En relación con lo expuesto por este autor, bajos niveles de autorregulación pueden explicar el fracaso que han tenido múltiples personas al llevar a cabo una dieta, tal como se encontró en este estudio: los obesos no sometidos a cirugía bariátrica y los candidatos presentaron los mayores niveles de restricción en la alimentación en comparación con los otros grupos; sin embargo, no han logrado alcanzar un peso saludable al presentar niveles moderados de autorregulación.

Así mismo, en el grupo de obesos no sometidos a cirugía bariátrica hubo una correlación baja, negativa y significativa entre alimentación restrictiva y alimentación externa ($r = -.372$), por lo cual, a mayor restricción, menor alimentación externa; y a menor restricción, mayor alimentación externa. Esta relación muestra cómo los obesos que pueden restringirse en su alimentación, pueden a su vez controlar más el comer ante estímulos relacionados con la comida en ausencia de hambre fisiológica, demorando a gratificación inmediata a cambio de un refuerzo a largo plazo; en cambio, los que no se restringen recurrirán a un tipo de alimentación externa.

Tal resultado es consistente con lo expuesto por otras investigaciones, que señalan que la alimentación externa conlleva impulsividad y mayor desinhibición: acciones rápidas, no planificadas y en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato (Moeller et al., 2001) y, por el contrario, una alimentación restrictiva requiere de autodisciplina y control (Elfhag y Morey, 2008).

En el estudio de Elfhag y Morey (2008) se evaluó la relación entre rasgos de personalidad y comportamientos alimentarios. La alimentación restringida se relacionó principalmente con una mayor conciencia, la cual demuestra una determinación al logro y autodisciplina, que son esenciales para esforzarse por alcanzar los objetivos, y motivarse para comenzar y llevarlos hasta el final. También

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

se observaron mayores niveles de competencia, orden y obediencia, la cual implica el cumplimiento de los principios y obligaciones.

En los cuatro grupos que conformaron la presente investigación, también se encontraron correlaciones positivas entre alimentación emocional y alimentación externa, lo que quiere decir que a mayor alimentación emocional, mayor alimentación externa y viceversa. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Van Strien y Schippers (1995) quienes señalan que la alimentación emocional y externa están altamente correlacionadas.

En efecto, Elfhag y Morey (2008) encontraron que la presencia de estos dos estilos de alimentación se corresponde con los mismos rasgos de personalidad, al manifestar impulsividad, definida como la incapacidad para controlar y resistir los deseos, los antojos, las necesidades, baja tolerancia a la frustración; y baja autodisciplina entendida como la incapacidad de hacerse a sí mismo lo que se quiere (Piedmont, 1998).

En este sentido, para que la alimentación emocional se manifieste es necesario, la desinhibición en los comportamientos; también este estilo de alimentación se caracteriza por una menor conciencia, en particular una baja autodisciplina que implica que la persona se desanime fácilmente al realizar tareas. Al igual que en la alimentación emocional, la impulsividad y una menor conciencia tuvo una correlación altamente significativa con la alimentación externa. Por una parte, aunque ser más sensible al experimentar estímulos sensoriales de los alimentos puede ser una variación individual, es determinante el impulso a ceder ante estímulos alimentarios atractivos. En relación con el factor conciencia, este aumenta el efecto sobre la impulsividad en la alimentación externa según este estudio.

Así mismo, otros autores señalan que la impulsividad tiene como característica un escaso análisis de la situación e información relevante antes de emitir una respuesta (Sola-Gutiérrez et al., 2013); en la alimentación emocional las personas se alimentan para incrementar las emociones positivas o disminuir la disforia de una sensación desagradable sin analizar si tienen hambre o no; y en la alimentación externa tampoco hay una toma de decisión premeditada acerca de por qué ingerir alimentos. En el caso de las personas impulsivas, llevan a cabo la conducta de comer

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

simplemente si están ante estímulos relacionados con la comida y no porque tengan hambre.

Ambas características de personalidad, impulsividad y la baja autodisciplina, son expresiones de un pobre autocontrol, lo que concuerda con lo encontrado en esta investigación en la cual se observa que una menor autorregulación de los hábitos alimentarios se correlaciona con mayor alimentación externa.

Con respecto al grupo de obesos sometidos a cirugía bariátrica existe una correlación moderada, negativa y significativa (-0,422) entre autorregulación de los hábitos alimentarios y la alimentación externa. Es decir, a menor control sobre los hábitos de alimentación, mayor alimentación externa, y a mayor autorregulación en la alimentación, menor alimentación externa.

Según lo expuesto por Bandura (1987) aunque el ser humano es influenciado por el ambiente externo, también puede elegir en base a sus criterios internos y reacciones autoevaluadoras cómo comportarse ante los estímulos relacionados con la comida. Esta capacidad de autodirección le permitirá disminuir las conductas impulsivas ante los alimentos, frenar las tentaciones ante la comida, y controlar qué y cuánto se ingiere, lo cual es consistente con lo encontrado en este estudio en el cual se observa que las personas que puedan autorregularse tenderán a presentar menor alimentación ante señales de alimentos en ausencia de hambre fisiológica, demorando el refuerzo positivo inmediato y premeditando las consecuencias de su conducta. En este sentido, la autodirección es una capacidad de fundamental importancia a entrenar por el psicólogo clínico para llevar a cabo con éxito los tratamientos nutricionales para la pérdida de peso.

Así mismo, los resultados expuestos están en línea con investigaciones previas que indican que el autocontrol está asociado positivamente con diversos comportamientos de salud (de Ridder et al., 2012), particularmente con una alimentación saludable (Hankonen et al., 2014; Crescioni et al., 2011).

Keller y Siegrist (2014) a través de un estudio longitudinal durante cuatro años, examinaron las asociaciones entre el autocontrol y los cambios en los comportamientos alimentarios y la calidad de la dieta, encontrando que cuanto mayor es el autocontrol, menor es el aumento de los comportamientos de comer en exceso

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

(alimentación emocional, alimentación externa, ambivalencia hacia la comida apetecible y comer en exceso).

Igualmente, Sims et al. (2014) encontraron que una pobre inhibición se vincula a una alimentación impulsiva.

Tabla 9

Correlación entre las variables de estudio en el grupo normopeso

Variables		Autorregulación de los hábitos Alimentarios	Autorregulación de los hábitos de actividad física	Alimentación Emocional	Alimentación Restrictiva	Alimentación Externa
Autorregulación de los hábitos alimentarios	Correlación de Pearson	1	,593**	,067	,562**	-,169
	Sig. (bilateral) N		,000 46	,661 46	,000 46	,261 46
Autorregulación de los hábitos de actividad física	Correlación de Pearson		1	-,049	,235	,124
	Sig. (bilateral) N			,749 46	,116 46	,413 46
Alimentación Emocional	Correlación de Pearson			1	,229	,386**
	Sig. (bilateral) N				,126 46	,008 46
Alimentación Restrictiva	Correlación de Pearson				1	,006
	Sig. (bilateral) N					,968 46
Alimentación Externa	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral) N					

**La correlación es significativa al nivel 0,01

*La correlación es significativa al nivel 0,05

Tabla 10

Correlación entre las variables de estudio en el grupo de obesos no sometidos a cirugía bariátrica

Variables		Autorregulación de los hábitos alimentarios	Autorregulación de los hábitos de actividad física	Alimentación Emocional	Alimentación Restrictiva	Alimentación Externa
Autorregulación de los hábitos alimentarios	Correlación de Pearson	1	,399*	-,239	,581**	-,323
	Sig. (bilateral) N		,015 37	,154 37	,000 37	,051 37
Autorregulación de los hábitos de actividad física	Correlación de Pearson		1	,007	,189	,069
	Sig. (bilateral) N			,968 37	,264 37	,686 37
Alimentación Emocional	Correlación de Pearson			1	-,115	,534**
	Sig. (bilateral) N				,499 37	,001 37
Alimentación Restrictiva	Correlación de Pearson				1	-,372*
	Sig. (bilateral) N					,023 37
Alimentación Externa	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral) N					

**La correlación es significativa al nivel 0,01

*La correlación es significativa al nivel 0,05

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Tabla 11

Correlaciones de las variables de estudio en el grupo de candidatos a cirugía bariátrica

Variables		Autorregulación de los hábitos alimentarios	Autorregulación de los hábitos de actividad física	Alimentación Emocional	Alimentación Restrictiva	Alimentación Externa
Autorregulación de los hábitos alimentarios	Correlación de Pearson	1	,578**	-,150	,503**	-,256
	Sig. (bilateral)		,000	,320	,000	,086
	N		46	46	46	46
Autorregulación de los hábitos de actividad física	Correlación de Pearson		1	-,094	,252	,004
	Sig. (bilateral)			,534	,092	,980
	N			46	46	46
Alimentación Emocional	Correlación de Pearson			1	,134	,364*
	Sig. (bilateral)				,374	,013
	N				46	46
Alimentación Restrictiva	Correlación de Pearson				1	-,097
	Sig. (bilateral)					,523
	N					46
Alimentación Externa	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					
	N					

**La correlación es significativa al nivel 0,01

*La correlación es significativa al nivel 0,05

Tabla 12

Correlación de las variables de estudio en el grupo obesos sometidos a cirugía bariátrica

Variables		Autorregulación de los hábitos alimentarios	Autorregulación de los hábitos de actividad física	Alimentación Emocional	Alimentación Restrictiva	Alimentación Externa
Autorregulación de los hábitos alimentarios	Correlación de Pearson	1	,666**	-,289	,450**	-,422*
	Sig. (bilateral)		,000	,108	,010	,016
	N		32	32	32	32
Autorregulación de los hábitos de actividad física	Correlación de Pearson		1	-,142	,162	-,209
	Sig. (bilateral)			,439	,374	,252
	N			32	32	32
Alimentación Emocional	Correlación de Pearson			1	,334	,705**
	Sig. (bilateral)				,061	,000
	N				32	32
Alimentación Restrictiva	Correlación de Pearson				1	,290
	Sig. (bilateral)					,107
	N					32
Alimentación Externa	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					
	N					

**La correlación es significativa al nivel 0,01

*La correlación es significativa al nivel 0,05

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

En síntesis y en atención al objetivo general de esta investigación, los datos aquí obtenidos permitieron observar correlaciones positivas entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y otras variables como la autorregulación de la actividad física y la alimentación restrictiva; además también hubo una correlación negativa entre la autorregulación y la alimentación externa; y entre la alimentación restrictiva y la alimentación externa.

Estos resultados son un aporte para el campo de la Psicología de la Salud al demostrarse la relación de una variable psicológica tal como la autorregulación con otras conductas saludables como la restricción en la alimentación. Así mismo, cuando existe un déficit de la conducta autorregulatoria, en la cual se evidencia una incapacidad para inhibir una respuesta, habrá mayores comportamientos alimentarios impulsivos y sin planificación como la alimentación externa.

El encontrar en los grupos de personas normopeso los niveles más bajos de autorregulación con respecto a los otros tres grupos de obesos, bajos niveles de restricción y altos niveles de alimentación externa, además de ser comportamientos relacionados con la inseguridad alimentaria, representan un factor de riesgo importante pues la dificultad en controlar la propia conducta no solo se ha relacionado con el aumento de peso, el cual puede ocurrir si estas personas se encontraran en un ambiente obesogénico, sino que además de la obesidad, la baja autorregulación se considera una antesala de múltiples comportamientos adictivos, incluida la adicción a sustancias e incluso se ha asociado con conductas antisociales (Kobb et al., 2010).

Este riesgo también aplica a los tres grupos de obesos, los cuales presentaron niveles moderados de autorregulación; especialmente el grupo de obesos que no se encuentran en tratamiento nutricional ni psicológico, los cuales además de tener un bajo autocontrol, presentaron altos niveles de alimentación externa.

Estos datos nos señalan la importancia de incluir en los programas psicológicos para el tratamiento de la obesidad llevados a cabo por psicólogos clínicos, entrenamientos que favorezcan el control de la propia conducta, como por ejemplo el autocontrol (Cormier y Cormier, 1991), las autoinstrucciones, la detención del pensamiento, entrenamientos en conductas alternativas ante las situaciones tentadoras en las cuales se pueda comer en exceso, modelado y ensayos de estos comportamientos alternativos efectivos (Ribes, 2008); o técnicas dirigidas hacia la

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

aceptación de las ansias por la comida como la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilso, 2010); con el fin de favorecer la realización de ejercicio, y el éxito en el tratamiento nutricional, específicamente poder restringirse en la dieta con éxito, controlar la impulsividad y evitar la alimentación externa.

Así mismo, se observó una correlación positiva entre la alimentación emocional y la alimentación externa, por lo cual las personas que comen ante ciertos estados emocionales ya sea con el fin de aliviar el malestar y obtener una sensación agradable, tenderán a su vez a comer ante estímulos relacionados con la comida en ausencia de hambre fisiológica, lo cual puede favorecer un exceso en la ingesta calórica y por lo tanto un fracaso en un tratamiento dietético. En este sentido, se recomienda incluir en los programas psicológicos para el tratamiento de la obesidad entrenamientos dirigidos hacia la gestión de las emociones tales como la psicoeducación, técnicas de desactivación como la respiración, la relajación (Goldfried, M.R. y Davison, 1981); entrenamiento en solución de problemas, manejo del estrés (Caballo, 1991) y reestructuración cognitiva (Beck, 1995).

En este sentido, el considerar la autorregulación como una variable de vital importancia a trabajar en el ámbito clínico con pacientes obesos y en general en personas con poco autocontrol, favorecerá la inhibición de conductas perjudiciales y promoverá la ejecución de comportamientos más saludables.

VII. Conclusiones

A la luz de los objetivos propuestos en esta investigación y de los resultados arrojados puede afirmarse que:

a) Con respecto al objetivo *describir el comportamiento alimentario en personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica*, se observó que las personas con normopeso mostraron pocas conductas relacionadas con la alimentación emocional y restrictiva ($\bar{x}=12,26$; $\bar{x}=7,15$ respectivamente); en contraste presentaron mayores puntajes en el estilo de alimentación externa ($\bar{x}=23,73$).

Las personas con obesidad que asistían por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica mostraron resultados similares, al presentar bajos niveles de alimentación emocional ($\bar{x}= 14,32$) y restrictiva ($\bar{x}=12,62$), observándose niveles más altos de alimentación externa ($\bar{x}= 21,91$).

En relación con el grupo de candidatos a cirugía bariátrica, y obesos ya sometidos a la cirugía, ambos presentaron niveles bajos para los tres estilos de alimentación. El grupo de candidatos obtuvo una media en alimentación emocional de 14,39; en alimentación restrictiva de 15,23 y en alimentación externa de 17,91. Por su parte, en el grupo de obesos ya sometidos a cirugía bariátrica la media de la alimentación emocional fue de 10,56, en alimentación restrictiva fue de 10,53 y en alimentación externa fue de 16,15.

b) En cuanto al objetivo *describir la autorregulación en personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica*, el grupo de personas con normopeso presentó niveles bajos de autorregulación de los hábitos alimentarios ($\bar{x}=16,10$). Los tres grupos restantes: los obesos no sometidos a cirugía bariátrica, obesos candidatos a cirugía bariátrica y obesos ya operados presentaron niveles moderados en este tipo de autorregulación ($\bar{x}=22,75$; $\bar{x}=25,65$; $\bar{x}=26,25$ respectivamente).

En cuanto a la autorregulación de la actividad física los cuatro grupos mostraron niveles bajos: normopeso $\bar{x}=17,71$, obesos no sometidos a cirugía

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

bariátrica $\bar{x}=16,35$, candidatos a cirugía bariátrica $\bar{x}=17,32$ y obesos ya operados $\bar{x}=19,09$.

c) En lo concerniente al objetivo *comparar el comportamiento alimentario entre los grupos: personas con normopeso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los cuatro grupos en la alimentación emocional: personas con normopeso $\bar{x}=12,26$; obesos no sometidos a cirugía bariátrica $\bar{x}= 14,32$; candidatos a cirugía bariátrica $\bar{x}= 14,39$; y obesos sometidos a cirugía bariátrica $\bar{x}=10,56$.

Referente a la alimentación restrictiva las personas con normopeso y obesos sometidos a cirugía bariátrica presentaron niveles bajos ($\bar{x}= 7,15$; $\bar{x}= 10,53$ respectivamente), no observándose diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos. En contraste, las personas con obesidad que asistían por primera vez a las unidades de cirugía bariátrica ($\bar{x}=12,62$) y los candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=15,23$), presentaron mayores comportamientos alimentarios restrictivos en comparación con los normopeso y estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,00$).

Por último, en la alimentación externa el grupo de personas con normopeso y obesos que asistían por primera vez a las unidades quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad presentaron niveles altos en este estilo de alimentación ($\bar{x}=23,73$; $\bar{x}= 21,91$ respectivamente), observándose que no hubo diferencias significativas entre estos dos grupos.

Por el contrario, los normopeso en cambio sí presentaron diferencias significativas con respecto a los obesos candidatos ($\bar{x}=17,91$; $p=0,00$) y los obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}= 16,15$; $p=0,00$) los cuales presentaron niveles moderados en alimentación externa.

d) Con respecto al objetivo *comparar la autorregulación entre los grupos: personas con normo-peso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica*, el grupo de personas con normopeso presentó niveles bajos de autorregulación en sus hábitos alimentarios ($\bar{x}= 16,10$) existiendo diferencias

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

estadísticamente significativas con los otros tres grupos de obesos los cuales presentaron mayores niveles de control en su alimentación: obesos no sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=22,75$; $p=0,01$), candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{x}= 25,65$; $p=0,00$) y obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=26,25$; $p=0,00$), por lo cual, contrario a lo esperado, las personas con normopeso fueron las que menos control tuvieron en sus hábitos de alimentación, lo cual puede ser explicado por la situación de inseguridad alimentaria en las cuales se encuentra actualmente el país y especialmente esta población de obreros con bajos ingresos económicos.

En la autorregulación de la actividad física todos los grupos presentan niveles bajos, por lo cual no observaron diferencias significativas entre las medias: normopeso ($\bar{x}= 17,71$), obesos no sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=16,35$), candidatos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=17,32$) y obesos sometidos a cirugía bariátrica ($\bar{x}=19,09$).

e) Por último, en lo concerniente al objetivo *evaluar la relación entre el comportamiento alimentario y la autorregulación en personas con normo-peso; con obesidad no sometidas a cirugía bariátrica; con obesidad candidatas a someterse a cirugía bariátrica; y con obesidad sometidas a cirugía bariátrica*, se observó que en los cuatro grupos hubo una correlación positiva entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y la autorregulación de la actividad física, por lo cual es de esperarse que al presentarse un mayor control en los hábitos de alimentación, también se presente un mayor control para llevar a cabo la actividad física tanto en las personas normopeso como obesas; y viceversa, las personas que tengan menor autorregulación en su alimentación, también presentarán menor control para llevar a cabo actividad física.

Así mismo, en los cuatro grupos de participantes se observó una correlación positiva entre la autorregulación de los hábitos alimentarios y el estilo de alimentación restrictivo, por lo cual una persona que autorregule su propia alimentación, también presentará un estilo de alimentación más restrictivo, y viceversa a menor autorregulación en la alimentación, menores conductas restrictivas en la alimentación.

En el grupo de obesos no sometidos a cirugía bariátrica hubo una correlación baja, negativa y significativa entre la alimentación restrictiva y la alimentación externa ($-0,372$), por lo cual, a mayor comportamiento restrictivo en la alimentación,

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

se presentará menor alimentación ante los estímulos relacionados con la comida; y viceversa una menor restricción se relaciona con una mayor alimentación externa.

Por otra parte, en los cuatro grupos se encontraron correlaciones positivas entre alimentación emocional y la alimentación externa; de tal manera que las personas normopeso y obesas que comen estimuladas por ciertos estados emocionales, a su vez tendrán la tendencia de comer ante estímulos relacionados con la comida en ausencia de hambre fisiológica, y viceversa una menor alimentación emocional a su vez se relaciona con una menor alimentación externa.

Por último, se encontró que en el grupo de obesos sometidos a cirugía bariátrica existe una correlación moderada, negativa y significativa (-0,422) entre la autorregulación de los hábitos alimentarios y la alimentación externa, lo que muestra cómo las personas que son capaces de autocontrolar su alimentación, tienen una menor tendencia de comer cuando expuestos a señales relacionadas con alimentos; y por el contrario, cuando estos niveles de autorregulación sean menores, la tendencia a la alimentación externa será mayor.

VIII. Limitaciones y Recomendaciones

-Una de las limitaciones del presente estudio fue no haber incluido en la información recolectada los datos acerca de la cantidad de tiempo de operados en el caso de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica; en el caso de los candidatos a cirugía bariátrica la cantidad de tiempo que llevaban en el tratamiento nutricional y los detalles acerca de la dieta llevada a cabo; así mismo la cantidad de sesiones de terapia psicológica y el contenido programático de las mismas; en relación con las personas con obesidad que asistían por primera vez a la unidades de cirugía bariátrica, explorar si han utilizado métodos para el control de peso previamente y en caso de haberlo hecho a qué atribuyen el fracaso en los mismos. Esta información es de utilidad para explorar y comparar diferencias en cuanto a las variables de estudio en función del tiempo de operado, duración del tratamiento nutricional y tipo de dieta llevado a cabo, duración del tratamiento psicológico y sus contenidos, métodos para el control de peso utilizados previamente, información que pudiera complementar la investigación.

- Otra de las limitaciones fue la amplitud en el rango de edad de los participantes (13-77 años), por lo cual se sugiere que para próximas investigaciones se estudien las variables por grupos de edad, ya que es posible que las características en estilos de alimentación y autorregulación de adolescentes, adultos y personas de la tercera edad sean distintos.

-Se recomienda que para próximas investigaciones se complementen los datos recolectados mediante los cuestionarios con herramientas de tipo cualitativo como las entrevistas, con el fin de conocer a mayor profundidad cómo vivencian las personas normopeso, obesas y pacientes bariátricos las variables estudiadas: alimentación emocional, alimentación restrictiva, alimentación externa, autorregulación en los hábitos de alimentación y autorregulación de la actividad física. Tomar en cuenta la vivencia subjetiva de estas personas permitirá explorar ante qué situaciones presentan estos estilos de alimentación, por qué los llevan a cabo, qué limitaciones tienen para regular su propia conducta, etc.

-En consonancia con la recomendación anterior, se considera necesario que la información autoreportada por los participantes acerca de sus estilos de alimentación

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

y autorregulación sea complementada con un registro de la ingesta calórica y actividad física diaria, para observar la correspondencia entre los datos reportados en los cuestionarios, y la ingesta/gasto calórico real de las personas.

-En la investigación se encontraron correlaciones positivas entre la autorregulación de los hábitos de alimentación y la alimentación restrictiva; y entre la alimentación emocional y externa. Además, también hubo una correlación negativa entre la autorregulación y la alimentación externa; y entre la alimentación restrictiva y la alimentación externa; en este sentido sería de gran importancia investigar variables moderadoras y mediadoras de tales relaciones con el fin de tener una comprensión mayor acerca del fenómeno.

Referencias

- AACE/ACE Obesity Task Force. (1998). AACE/ACE Position Statement on the Prevention, Diagnosis and Treatment of Obesity. *Endocrine Practice*, 4, 297-330.
- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez-Ruiz, S., Luna, V., Martín, F., Gándara, N., y Fernández- Santaella, M.C. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutr Hosp*, 28 (3), 1109-1114.
- Adriaanse, M., Vinkers, C., de Ridder, D., Hox, J., y De Wit, J. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56(1), 183-193. doi: 10.1016/j.appet.2010.10.012.
- Al-Hazzaa, H., Abahussain, N., Al-Sobayel, H., Qahwaji, D., y Musaiger, A. (2012). Lifestyle factors associated with overweight and obesity among Saudi adolescents. *BMC Public Health*, 12 (354), 2-11. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/354>
- Anderson, S. (1990). Core indicators of nutritional status for difficult to sample populations. *J. Nutr*, 120 (11), 1557 -1600.
- Anderson, S., Cohen, P., y Naumava, E. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Arch Pediatr Adolesc*, 160 (3), 285-291. Recuperado de <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/204656>
- Antor, M. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en paciente obesos mórbidos sometidos a bypass gástrico. Trabajo presentado a la Universidad Central de Venezuela para ascender a la categoría de Profesor Agregado.Mención Honorífica y Publicación.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Antor, M. (2007). *Perfil psicosocial de pacientes obesos mórbidos sometidos a bypass gástrico y efectos de la información sobre el estrés preoperatorio*. Trabajo presentado a la Universidad Central de Venezuela para ascender a la categoría sa
- Aphramor, L. (2010). Validity of claims made in weight management research: a narrative review of dietetic articles. *Nutr J*, 9, 30-39. doi: 10.1186/1475-2891-9-30.
- Ayyad, C. (2000). Long term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev*, 1(2), 113-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12119984>
- Azagury, D., y Magaña-Morton, J. (2016). Bariatric Surgery: Overview of Procedures and Outcomes. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 45, 647-656.
- Balsiger, M., Bruno, M., DaMichel, M., Murr, M., Poggio, J., Michael, G., y Sarr, M. (2000). Bariatric Surgery: Surgery for Weight Control in Patients With Morbid Obesity. *Medical Clinics of North America*, 84 (2), 477-489.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Bandura, A., y Wood, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 805-814.
- Baucom, D., y Aiken, P. (1981). Effect of depressed mood in eating among obese and non obese dieting and non dieting persons. *J Pers Soc Psychol*, 41(3), 577-585.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Bedogni, G., Iughetti, L., Ferrari, M., Malavolti, M., De Simone, M., y Fiori, G. (2002) Association of waist circumference and body mass index with fasting blood insulin in severely obese children: a cross sectional study. *Diabetes Nutr Metab*, 15(3), 160-4.
- Bellisle, F., y Dalix, A.M. (2001). Cognitive restraint can be offset by distraction, leading to increased meal intake in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74, 197-200.
- Bello, K. (2015). *Rumiación y Autoeficacia como moderadoras de la Relación Afecto y Comportamiento Alimentario (tesis de maestría)*. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Berkowitz, R., Wadden, T., Tershakovec, A., y Cronquist, J. (2003). Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289(14), 1805-1812.
- Berridge, K.C. (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: brain substrates and roles in eating disorders. *Physiol Behav*, 97(5), 537-550. doi: 10.1016/j.physbeh.2009.02.044
- Blundell, J., Stubbs, R.J., Golding, C., Croden, F., Alam, R., y Whybrow, S. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high fat diet. *Physiology and Behavior*, 86, 614-622.
- Boekaerts, M., Maes, S., y Karoly, P. (2005). Self-regulation across domains of applied psychology: is there an emerging consensus?. *Appl Psychol*, 54, 149-54.
- Bond, D.S., Vithianathan, S., y Leahey, T.M. (2009). Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 5(6), 698-704.
- Brogan, A., y Hevey, D. (2013). Eating styles in the morbidly obese: Restraint eating, but not emotional and external eating, predicts dietary behaviour. *Psychology & Health*, 28 (6), 714-725. doi: 10.1080/08870446.2012.760033

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Brownell, K.D. (2000). *The LEARN program for weight management 2000*. Dallas: American Health Publishers Co.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Bryant, E.J., King, N.A., y Blundell, J.E. (2008). Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9, 409-419.
- Buchwald, H. (2014). The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obes Surg*, 24(8), 1126-1135. doi: 10.1007/s11695-014-1354-3.
- Buchwald, H., y Stanley, W. (2004). Bariatric Surgery Worldwide 2003. *Obesity Surgery*, 14, 1157-1164. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1381%2F0960892042387057>
- Butryn, M., Webb, V., y Wadden, T. (2011). Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatr Clin Noeth Am*, 34(4), 841-859.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI de España Editores.
- Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7 (1), 120-123.
- Canetti, L., Berry, E., y Elizur, Y. (2009). Psychosocial Predictors of Weight Loss and Psychological Adjustment Following Bariatric Surgery and a Weight Loss Program: The Mediating Role of Emotional Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 109-117. doi:10.1002/eat.20592.
- Carper, J., Orlet-Fisher, J., y Birch, L. (2000). Young girls emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, 121-129.
- Castellanos, E.H., Charboneau, E., Dietrich, MS., Park, S., Bradley, B.P., Mogg, K., y Cowan, R.L. (2009). Obese adults have visual attention bias for food cue

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- images: evidence for altered reward system function. *Int J Obes*, 33(9), 1063–1073. doi:10.1038/ijo.2009.138
- Castellini, G., Godini, L., y Gorini-Amedei, S. (2014). Psychological effects and outcome predictors of three bariatric surgery interventions: a one-year follow-up study. *Eat Weight Disord*, 19, 217–224.
- Chaput, J., Leblanc, C., Pérusse, L., Després, J., Bouchard, C., y Tremblay, A. (2009). Risk Factors for Adult Overweight and Obesity in the Quebec Family Study: Have We Been Barking Up the Wrong Tree?. *Obesity*, 17 (10), 1964–1970. doi:10.1038/oby.2009.116
- Choquet, H., y Meyre, D. (2011). Molecular basis of obesity: current status and future prospects. *Curr Genomics*, 12 (3), 154-168. doi: 10.2174/13892021179567792
- Christian, J., Tsai, A., y Bessesen, D. (2010). Interpreting weight losses from lifestyle modification trials: using categorical data. *International Journal of Obesity*, 34,207–209.
- Chung, W., y Mao, P. (2012). Recent Advances in Obesity: Genetics and Beyond. *ISRN Endocrinology*, 14, 1-11.
- Collins, J., y Bentz, J. (2009). Behavioral and Psychological Factors in Obesity. *The journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-126.
- Contento, I.R., Zybert, P., y Williams, S.S. (2005). Relationship of cognitive restraint of eating and disinhibition to the quality of food choices of Latina women and their young children. *Preventive Medicine*, 40, 326-336.
- Cools, J., Schotte, D., y McNally, R. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained Eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 348-351.
- Cormier, W., y Cormier, S. (1991). *Estrategias de Entrevistas para Terapeutas*. California: Cole Publishing Company Pacific Grove.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Cox, M., Yancy, W., Coffman, C., Ostbye, T., Tulskey, J; Alexander, S; Namenek-Brouwer, R., Dolor, R., y Pollak, K. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Educ Couns*, 85(3), 363–368. doi: 10.1016/j.pec.2011.01.024
- Cummings, S., Parham, E., Strain, G., y Becker, M. (2002). Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc*, 102 (8), 1145-1155. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171464>
- Dalle-Grave, R., Calugi, S., Corica, F., Di Domizio, S., y Marchesini, G. (2009). Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. *J Am Diet Assoc*, 109 (12), 2010-2016. doi: 10.1016/j.jada.2009.09.011.
- Delahanty, L., Pan, Q., Jablonski, K., Aroda, V., Watson, K., Bray, G., Kahn, S., Florez, J; Perreault, L; y Franks, P. (2014). Effects of weight loss, weight cycling, and weight loss maintenance on diabetes incidence and change in cardiometabolic traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*, 37(10), 2738-2745. doi: 10.2337/dc14-0018
- Dietz, W. H.(1995). Does hunger cause obesity?. *Pediatrics*, 95, 766-767.
- División de Epidemiología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2014). *Informe epidemiológico Obesidad. Caracas, Venezuela.*
- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N., y Kelishadi, R. (2015). Health impacts of obesity. *Pak J Med Sci*, 31, 239-242.
- Drapeau, V., Provencher, V., Lemieux, S., Despres, J., Bouchard, C., y Tremblay A. (2003). Do 6-y changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from the Quebec Family Study. *Int J Obes*, 27, 814-823.
- Duckworth, A., y Kern, M. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality*, 45 (3), 259-268. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.02.004>

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Duckworth, A., y Kern, M. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality, 45*, 259-268.
- Dutton, G. (2011). High trait self-control predicts positive health behaviors and success in weight loss. *Journal of Health Psychology, 16* (5), 750-759.
- Elfhag, K., Morey, L. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors, 9*, 285–293.
- Evers, C., Marijn, F., y de Ridder, D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36* (6), 792-804.
- Fabricatore, A.N., Wadden, T.A., y Sarwer, D.B (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg, 15*, 304–309.
- Fedoroff, I., Polivy, J., y Herman, C.P. (1997). The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite, 28*, 33-47.
- Flegal, K., Kit, B., y Orpana, H. (2013). Association of All-Cause Mortality with Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories a Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA, 309* (1), 71-82. doi:10.1001/jama.2012.113905
- Foster, G., Makris, A., y Bailer, B. (2005). Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr, 82*, 230-235.
- French, S. A., Jeffery, R. W., y Wing, R. R. (1994). Food intake and physical activity: A comparison of three measures of dieting. *Addictive Behavior, 19*, 401-409.
- Friedman, K.E., y Ashmore, J.A., Applegate, K.L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity, 16*, 69-74.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Friedman, K.E., Ashmore, J.A., y Applegate, K.L. (2010). Recent experiences of weight based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity, 16* (2),69-74.
- Fundación Bengoa. (2011). *Programa Faro Nutricional*. Recuperado de http://www.fundacionbengoa.org/programas_servicios/faro_nutricional.asp
- Fundacredesa. (1996). *Proyecto Venezuela Tomos I, II y III. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Caracas*.
- Gade, H., Rosenvinge, J.H., y Hjelmestaeth, J. (2014). Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric surgery. *Obes Facts, 7*, 111-119.
- Garaulet, A. (2012). La importancia de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad. En Manuel Moñino (coordinador). *V Congreso de la Asociación Española de Dietistas- Nutricionistas*. Congreso llevado a cabo en la Asociación Española de Dietistas- Nutricionistas, España.
- Garaulet, M., y Perez, F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutr Hosp, 24*(6), 629-639.
- Gardner, B., Lally, P., y Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of habit formation and general practice. *Br J Gen Pract, 62*, 664-666.
- Gargallo, M., Basulto, J., Breton, I., Quiles, J., Formiguera, X., Salas-Salvado, J., FESNAD-SEEDO consensus group. (2012). Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). Methodology and executive summary (I/III). *Nutr Hosp, 27*, 789-799.
- Gearhardt, A., Davis, C., Kushner, R., y Brownell, K. (2011). The addiction potential of hyperpalatable foods. *Curr Drug Abuse Rev, 4*, 140-145.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Geller, F., Reichwald, K., Dempfle, A., Illig, T., Vollmert, C., Herpertz, S., Hebebrand, J. (2004). Melanocortin-4 Receptor Gene Variant I103 Is Negatively Associated with Obesity. *Am. J. Hum. Genet.*, 74, 572–581.
- Gianini, L., White, M., y Masheb, R. (2013). Eating pathology, emotion regulation and emotional overeating in obese adults with binge eating disorders. *Eat Behav.*, 14 (3), 309-313. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313000512>
- Glinski, J., Wetzler, S., y Goodman, E. (2001). The psychology of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 11 (5), 581-588.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1981). *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires: Paidós.
- Goldsmith, R., Joannise, D. R., Gallagher, D., Pavlovich, K., Shamon, E., Leibel, R. L., y Rosenbaum, M. (2010). Effects of experimental weight perturbation on skeletal muscle work efficiency, fuel utilization, and biochemistry in human subjects. *American Journal of Physiology-Regulatory Integrative and Comparative Physiology*, 298, 79–88. Recuperado de <http://doi.org/10.1152/ajpregu.00053.2009>
- González, A., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E., y Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Rev Chil Nutr*, 34 (1). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005
- González, J., Gargallo, M.A., Duran, E., Antón, J.J., Orozco, P., Tomas, P., y del Pino M. (2000). *Sobrepeso y Obesidad en Atención Primaria. Curso de Formación Continuada*. Barcelona: Ediciones Pulso.
- González, M., y Lugli, Z. (2012). Control Personal de la conducta y la Manga Gástrica Laparoscópica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35, 21-28.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Gradaschi, R., Noli, G., y Cornicelli, M. (2013). Do clinical and behavioural correlates of obese patients seeking bariatric surgery differ from those of individuals involved in conservative weight loss programme?. *J Hum Nutr Diet*, 26, 34–38.
- Greeno, C., y Wing, R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, AAA-A6A.
- Grimm, E., Steinle, N. (2011). Genetics of eating behaviour: established and emerging concepts. *Nutrition Reviews*, 69, 52-60.
- Guerciolini, R. (1997). Mode of acting of orlistat. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 21, 12-23.
- Hagger, M.S., Panetta, G., Leung, C., Wong, G., Wang, J., y Chan, D. (2013) Chronic Inhibition, Self-Control and Eating Behavior: Test of a ‘Resource Depletion’ Model. *PLoS ONE*, 8(10), e76888-e76898.doi:10.1371/journal.pone.0076888
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilso, K. (2010). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso del cambio consciente (Mindfulness)*. España: Desclée de Brouwer.
- Hays, N., y Roberts, S. (2008). Aspects of eating behaviors "disinhibition" and "restraint" are related to weight gain and BMI in women. *Obesity*, 16 (1), 52-8. doi: 10.1038/oby.2007.12.
- Hays, N.P., y Roberts, S.B. (2008). Aspects of eating behaviors “disinhibition” and “restraint” are related to weight gain and BMI in women. *Obesity*, 16, 52-58.
- Heatherton, T.F., Herman, C.P., y Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.
- Herman, C.P., y Polivy, J. (1988). Restraint and excess and in dieters and bulimics. En K.M. Pirke, D. Ploog, and W. Vandereycken. (Eds.), *Psychobiology of bulimia* (pp. 33-41). Berlin: Springer.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Hermans, R., Larsen, J., Herman, P., y Engels, R. (2012). How much should i eat? Situational norms affect young women's food intake during meal time. *British Journal of Nutrition*, 107(4), 588-594. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/div-classtitlehow-much-should-i-eat-situational-norms-affect-young-womenandaposs-food-intake-during-mealtime/div/0B212C939E9473DD8B263C07AD714A51>
- Hernández, C. (2014). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida mediante técnicas derivativas mixtas (bypass gástrico)* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2013). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hsu, L.K.G., Sullivan, S.P., y Benotti, P.N. (1997). Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord*, 19, 23-34.
- INE. (2012). *Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos: Venezuela. Consumo aparente diario per cápita, por quintiles de ingreso mensual del hogar. Primer semestre 2011 y segundo semestre 2012. Estadísticas Sociales*. Recuperado de http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=534&Itemid=38;tmpl=component
- INN. (2010). *Hoja de balance de alimentos 2010*. Recuperado de <http://www.inn.gob.ve/pdf/sisvan/hba2010.pdf>
- Jansen, A., Merckelbach, H., Oosterlaan, J., Tuiten, A., y van den Hout, M. (1988). Cognitions and self-talk during food intake of restrained and unrestrained eaters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 393-398.
- Jansen, A., y van den Hout, M. (1991). On being led into temptation: 'counterregulation' of dieters after smelling a 'preload'. *Addictive Behaviors*, 5, 247-253.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Jebb, S. (1997). Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*, 53, 264-285.
- Jeffrey, R.W., Wing, R.R., Sherwood, N.E., y Tate, D.F. (2003). Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome?. *Am J Clin Nutr*, 78, 684 –689.
- Johnson, F., Pratt, M., y Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *Int J Obes (Lond)*, 36(5), 665-674. doi: 10.1038/ijo.2011.156.
- Kaplan, H., y Kaplan, H. (1957). A psychosomatic concept. *American Journal of Psychotherapy*, 11, 16-38.
- Karanen, A.M., Savolainen, M., Reponen, A., Kujari, M.L., Lindeman, S., Bloigu, R., y Laitinen, J. (2009). The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. *Preventive Medicine*, 49, 32-38. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.04.011
- Karfopoulou, E., Mouliou, K., Koutras, Y., y Yannakoulia, M. (2013). Behaviours associated with weight loss maintenance and regaining in a Mediterranean population sample. A qualitative study. *Clinical obesity*, 37, 141-149. doi: 10.1111/cob.12028
- Keller, C., y Siegrist, M (2014). Successful and unsuccessful restrained eating. Does dispositional self-control matter?. *Appetite*, 74, 101–106.
- Keränen, A., Rasinaho, E., Hakko, H., Savolainen, M., y Lindeman, S. (2010). Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite*, 55 (3), 726-729. doi: 10.1016/j.appet.2010.08.012.
- Kerlinger, F y Lee, H. (2002). *Metodología de la Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw-Hill.
- Kinzl, J.F., Trefalt, E., Fiala, M., y Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes Surg*, 12(2), 292-294.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Kliemann, N., Beeken, R., Wardle, J., y Johnson, F. (2016). Development and validation of the Self-Regulation of Eating Behaviour Questionnaire for adults. *Int J Behav Nutr Phys*, 13, 87-98. doi: 10.1186/s12966-016-0414-6.
- Koenders, P., y Van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *J Occup Environ Med*, 53(11):1287-1293. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823078a2.
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., y Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479. doi: 10.1016/j.appet.2010.01.014.
- Koob, G.F., y Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35, 217-238.
- Larrañaga, A., y García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129 (10), 387-391.
- Lauzon-Gillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J., y Charles, M. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in general population?. *The American journal of clinical nutrition*, 83 (1), 123-138. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16400061>
- Lecaros, B., Cruzat, C., Diaz, F., y Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (4), 1504-1512. Recuperado de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8515.pdf>
- Linde, J., Jeffery, R., Finch, E., Ng, D., y Rothman, A. (2004). Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women?. *Obes Res*, 12 (3), 569-576. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15044676>

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Lluch, A., Herbeth, B., Méjean, L., y Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24(11), 1493-1499.
- López-Blanco, M., Izaguirre-Espinoza, I., Macías-Tomei, C., y Blanco-Cedres, L. (1999). Maduración Temprana: factor de riesgo de sobrepeso y obesidad durante la pubertad?. *Arch Latinoam Nutr*, 49 (1), 13-19.
- López-Blanco, M., Landaeta-Jiménez, M., Herrera-Cuenca, M., y Sifontes, Y. (2014). La doble carga de desnutrición y obesidad en Venezuela. *An Venez Nutr*, 27 (1), 77-87.
- López-Blanco, M., Landaeta-Jiménez, M., y Tomei- Macías, C. (2013). Contribución del crecimiento prenatal y posnatal temprano en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. *An Venez Nutr*, 26 (1), 26-39. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522013000100005
- López-Blanco, M., Macías-Tomei, C., Izaguirre-Espinoza, I., Colmenares, R. (1991). Índice de masa corporal en niños del Estudio Longitudinal de Caracas. *An Ven Nutr*, 4, 37-44.
- López-Blanco, M., Macias-Tomei, C., Vásquez-Ramírez, M., y Blanco-Cedres, L. (2001). Tracking of fat patterning in children and adolescents of Caracas. *Acta Med Auxol*, 33(3), 145-150.
- Lowe, M.R., Doshi, S.D., Katterman, S.N., y Feig, E.H. (2013). Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Front Psychol*, 4, 577.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensam Psicol*, 9 (17), 43-56. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200005

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Lugli, Z., Arzolar, M., y Vivas, E. (2009). Construcción y Validación del Inventario de Autorregulación de Peso. *Psicología y Salud*, 19 (2), 281-287. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Zoraide-Lugli.pdf>
- Maggard, M.A., Shugarman, L.R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugarman, H., y Livingston, E.H. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med*, 142, 547-559.
- Mahajan, R., Lau, D., y Sander, P. (2015). Impact of obesity on cardiac metabolism, fibrosis, and function. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25 (2), 119- 126.
- Major, G., Doucet, E., Trayhurn, P., Astru, A., y Tremblay, A. (2007). Clinical significance of adaptive thermogenesis. *Int J Obes*, 31(2), 204-212.
- Malik, V., Willett, W., y Hu, F. (2013). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nat Rev Endocrinol*, 9 (1), 13-27. doi: 10.1038/nrendo.2012.199
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A.M., Samuels, B., y Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62, 220–233.
- Martin-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., y Velsor-Friedrich, B. y. (2009). The relationship among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 32 (1), 96-109. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18825731>
- Martin, C.K., O'Neil, P.M., y Pawlow, L. (2006). Changes in food cravings during low-calorie and very-low-calorie diets. *Obesity (Silver Spring)*, 14(1), 115-121.
- Martin, C.K., Rosenbaum, D., Han, H., Geiselman, P.J., Wyatt, H.R., Hill, J.O... Foster, G. (2011). Change in food cravings, food preferences, and appetite during a low-carbohydrate and low-fat diet. *Obesity (Silver Spring)*, 19(10), 1963-1970. doi: 10.1038/oby.2011.62.
- Meule, A., Heckel, D., y Kübler, A. (2012). Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 20 (20), 419–422.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- MgGee, D. (2005). Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Annals of Epidemiology*, 15 (2), 87-97.
- Mijan de la Torre, A. (2004). *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M. y Swann, A.C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moilanen, K.L. (2007). The adolescent self-regulatory inventory: the development and validation of a questionnaire of short-term and long-term selfregulation. *J Youth Adolesc*, 36, 835–848.
- Moldovan, A.R., y David, D. (2011). Effect of obesity treatments on eating behavior: psychosocial interventions versus surgical interventions. A systematic review. *Eat Behav*, 12(3), 161–167.
- Montt, D., Koppmann, S., y Rodríguez, A. (2005). *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16 (4), 112-134.
- Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdiscipliniedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Mun, E., Blackburn, G., y Matthews, J. (2001). Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterology*, 120 (3), 669-681.
- Nance, K., Eagon, J., Klein, S., y Pepino, M. (2018). Effects of Sleeve Gastrectomy vs. Roux-en-Y Gastric Bypass on Eating Behavior and Sweet Taste Perception in Subjects with Obesity. *Nutrients*, 10(1). doi: 10.3390/nu10010018.
- Napolitano, M., Head, S., Babyak, M., y Blumenthal, J. (2004). Binge eating disorder and night eating syndrome: Psychological and behavioral characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (2), 193-203.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- National Institute of Health Consensus Development Conference Panel. (1992). Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institute of Health Consensus Development Conference statement. *Am J Clin Nutr*, 55(2), 615-619.
- Neel, J. (1962). Diabetes mellitus: a trifty genotype rendered detrimental by progress?. *American Journal of Human Genetics*, 14, 353-362.
- Neve, M., Morgan, P., Jones, P., y Collins, C. (2010). Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*, 11 (4), 306-321. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00646.
- Newman, E., O'Connor, D.B., y Conner, M. (2008). Attentional biases for food stimuli in external eaters: possible mechanism for stress-induced eating?. *Appetite*, 51(2), 339-342. doi: 10.1016/j.appet.2008.03.007
- Nguyen-Rodriguez, S., Unger, J., y Spruijtt-Metz, D. (2009). Psychological Determinants of Emotional Eating in Adolescence. *The Journal of Treatment and Prevention*, 17 (3), 211-224. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/10640260902848543>
- Nijs, I.M., y Franken, I.H. (2012). Attentional Processing of Food Cues in Overweight and Obese Individuals. *Curr Obes Rep*, 1(2). doi:106-113.10.1007/s13679-012-0011-1
- Nogay, N. (2017). The role of psychological eating styles in obesity among Turkish adolescents: A cross-sectional study. *J Pak Med A*, 67, 573-576.
- O'Neil, P.M. (2001). Assessing dietary intake in the management of obesity. *Obes Res*, 9, 361-366.
- Oblitas, I. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Cengage Learning.
- Oblitas, L. (2005). *Atlas de Psicología de la Salud*. Bogotá, Colombia: PSICOM.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av Psicol*, 16 (1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Olguin, V., Carvajal, D., y Fuentes, M. (2014). Patología Psiquiátrica y Cirugía Bariátrica. *Rev Chil Cir*, 67 (4), 441-447. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400016
- Oliver, G., Wardle, J., y Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853-865.
- Opolski, M., Chur-Hansen, A., y Wittert, G. (2015). The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 5, 165-197.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/
- Organización para la Agricultura y la Alimentación. (2016). *El estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación: Cambio climático, agricultura y seguridad alimentaria*. Recuperado de <http://www.fao.org/publications/sofa/2016/es/>
- Ouwens, M.A., Van Strien, T., Van der Staak, C. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40, 291-298.
- Palou, A., Serra, F., Bonet, M.L., Picó, C. (2000). Obesity: molecular bases of a multifactorial problem. *Eur J Nutr*, 39(4), 127-144.
- Papas, M., Alberg, A., Ewing, R., Helzlsouer, K., Gary, T., y Klassen, A. (2007). The built environment and obesity. *Epidemiol Rev*, 29, 129-143. Recuperado de <https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxm009>

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Pathak, R., Mahajan, R., y Lau, D. (2015) The Implications of Obesity for Cardiac Arrhythmia Mechanisms and Management. *Canadian Journal of Cardiology*, 31 (2), 203-210.
- Peláez-Fernández, M., y Extremera, N. (2011). The control dilemma in eating behavior: Influence of temptation cues in restrained versus unrestrained eaters. *Psicothema*, 23 (4), 587-592. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3926.pdf>
- Pereira, M.A., y Ludwig, D.S. (2001). Dietary fiber and body-weight regulation. Observations and mechanisms. *Pediatric Clinics of North America*, 28 (4), 969-980.
- Pérez, M., Escotto, E., Arango, J., y Quintanar, M. (2014). *Rehabilitación neuropsicológica: Estrategias en trastornos de la infancia y el adulto*. México: Manual Moderno.
- Piña, J. (2003). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: en defensa de la Psicología de la Salud. *Suma Psicológica*, 5 (3), 67-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Plodkowski, R.A., y St Jeor S.T. (2003). Medical nutrition therapy for the treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 32, 935-965.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc*, 96(6), 589-592.
- Polivy, J., Herman, P., y McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in Dieters?. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510.
- Polivy, J., y Herman, C.P. (1976). The effects of alcohol on eating behavior: Disinhibition or sedation?. *Addictive Behaviors*, 1, 121-125.
- Polivy, J., y Herman, C.P. (2006). Restrained eating in modern society: an evolutionary perspective on dieting. *Appetite*, 47, 30-35.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Polivy, J., y Herman, P. (1985). Dieting and Binging. A Causal Analysis. *American Psychologist*, 40 (2), 193-201
- Popkess-Vawter, S., Brandau, C., y Straub, J. (1998). Triggers of overeating and related intervention strategies for women who weight cycle. *Appl Nurs Res*, 11(2), 69-76.
- Pothos, E., Tapper, K., y Calitri, R. (2009). Cognitive and behavioral correlates of BMI among male and female undergraduate students. *Appetite*, 52(3), 797-800. doi: 10.1016/j.appet.2009.03.002
- Ravasco, P., Anderson, H., y Mardones F. (2013). Métodos de valoración del Estado Nutricional. *Nutr Hosp*, 3(25), 57-66.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud. Un Análisis Conceptual*. México: Trillas.
- Ridder, D.T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F.M., y Baumeister, R.F. (2012). Taking stock of self-control: a meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personal Soc Psychol Rev*, 16, 76–99.
- Riesco, E., Rossel, N., Rusques, C., Mirepoix, M., Drapeau, V., y Sanguignol, F. (2009). Impact of weight reduction on eating behaviors and quality of life: influence of the obesity degree. *Obes Facts*, 2, 87-95.
- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity. What went wrong. *American Psychologist*, 36, 361-372.
- Rogers, P., y Hill, A. (1989). Breakdown of dietary restraint following mere exposure to food stimuli: interrelationships between restraint, hunger, salivation, and food intake. *Addictive Behaviors*, 14, 387-397.
- Rolland-Cachera, M.F., Bellisle, F., Deheeger, M., Pequignonot, F., y Sempe, M. (1990). Influence of body fat distribution during childhood on body fat distribution in adulthood: a two decade follow-up study. *Int J Obesity*, 14, 473-481.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Rolland-Cachera, M.F., Deheeger, M., Bellisle, F., Sempé, M., Guillaud-Bataille, M., y Patois, E.(1984). Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr*, 39, 129-135.
- Rolls, B.J., y Bell, E.A. (2000). Dietary approaches to the treatment of obesity. *Med Clin North Am*, 84, 401-418.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., y Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del inventario de autoeficacia percibida para el control del peso. *Clinica y Salud*, 18 (1), 45-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613874004.pdf>
- Ronchi, A., Marinari, G.M., Sukkar, S.G., Scopinaro, N., y Adami, G.F. (2008). Behavioral characteristics of severely obese patients seeking bariatric surgery: cross-sectional study with alimentary interview. *Behav Med*, 33, 145–150.
- Rosenberger, P.H., Henderson, K.E., Grilo, C.M. (2006). Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychol*, 67(7), 1080–1085.
- Rotellar, F., Pastor, C., Baixauli, J., Gil, A., Valentí, V., Poveda, I., y Martí-Cruchaga, P. (2005). Cirugía bariátrica laparoscópica: bypass gástrico proximal. *An Sist Sanit Navar*, 28 (3), 33-40.
- Saldaña, C., y Rossell, R. (2000). *Obesidad*. Madrid, España: Martínez-Roca.
- Salinas, A., Santiago, E., Yeguez, J., Antor, M., Salinas, H. (2005). Silastic Ring Vertical Gastric Bypass. Evolution of an Open Surgical Technique, and Review of 1,588 Cases. *Obesity Surgery*, 15 (10), 1403-1407.
- Salvador, J., Abreu, C., Rotellar, F., y Fruhbeck, G. (2004). Tratamiento de la Obesidad. Medidas de Estilo de Vida y Régimen Alimentario. Tratamiento Farmacológico. Tratamiento Quirúrgico. *Medicine*, 9(19), 1176-1185.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Sánchez Benito, J., y Pontes Torrado, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (6), 2148-2150. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/50cartacientifica02.pdf>
- Sarwer, D., Dilks, R., y West-Smith, L. (2011). Dietary intake and eating behavior after bariatric surgery: threats to weight loss maintenance and strategies for success. *Surg Obes Relat Dis*, 7 (5), 644-651. doi: 10.1016/j.soard.2011.06.016.
- Sarwer, D., Thompson, K., James, M., y Peter, R. (2008). Psychological Considerations of the Bariatric Surgery Patient Undergoing Body Contouring Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 21 (6), 423e-434e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181772aa8
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., y Moore, R.H. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 18 (3), 23-30.
- Saucedo-Molina, T. (2010). Conductas Alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Ment*, 33(1), 11-19.
- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26, 129-144.
- Schachter, S., Goldman, R., y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- Schachter, S., Goldman, R., y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- Schotte, D., Cools, J., y McNally, R. (1990). Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 317-320.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- SEEDO. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 4, 223-249.
- Serra-Majem, L., Bautista-Castaño, I. (2013). Etiology of obesity: two “key issues” and another emerging factors. *Nutr Hos*, 28 (5), 32-43.
- Shank, L., Tanofsky-Kraff, M., Nelson, E., Shoemaker, L., Ranzenhofer, L., Hannallah, L.,... Yanovski, J. (2015). Attentional Bias to Food Cues in Youth with Loss of Control Eating. *Appetite*, 87, 68-75. doi: 10.1016/j.appet.2014.11.027
- Sheppard-Sawyer, C., McNally, R., y Fischer, J. H. (2000). Film-induced sadness as a trigger for disinhibited eating. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 215-220.
- Silva, J. (2005). Ansiedad y sobrealimentación. *Investigación y Ciencia*, 341, 33-34.
- Silva, J. (2007). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina. *Psicol*, 25(2), 141-154.
- Silva, J., Livacic-Rojas, P., Slachevsky, A., Jiménez, R., Monje, D., y Guerra, E. (2007). Evaluación de las propiedades psicométricas de una versión en español de la escala de restricción alimentaria. Poster, II. *Congreso Chileno de Psicología*, Conferencia llevada a cabo en la Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
- Sims, R., Gordon, S., García, W., Clark, E., Monye, D., Callender, C., y Campbell, A. (2008). Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eat Behav*, 9 (2), 137-42. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.06.006
- Snoek, H., Van Strien, T., Jassens, J., y Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 67 (2013), 23-32. doi : 10.1016/j.appet.2013.03.014

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Snoek, H., Van Strien, T., y Janssens, J. (2008). Restrained eating and BMI: A longitudinal study among adolescents. *Health Psychology, 27* (6), 753-759.
- Bruch, H.M., Van Strien, T., Janssens, J., y Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*, 23-32.
- Sola- Gutiérrez, J; Rubio, G; Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Health and Addictions. Salud Ment, 13* (2), 145-155.
- Spencer, J. A., y Fremouw, W. J. (1979). Binge eating as a function of restraint and weight classification. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(3), 262-267.
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.262>
- Spencer, J., y Fremouw, W. (1979). Binge eating as a function of restraint and weight classification. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 262-267.
- Spoor, S.T., Bekker, M.H., Van Strien, T., y van Heck, G.L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite, 48* (3), 368-376.
- Stice, E., Cameron, R., Killen, J. D., Hayward, C., y Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 961-991.
- Stephoe, A., Wardle, J., Lipsey, Z., Mills, R., Oliver, G., Jarvis, M., y Kirschbaum, C. (1998). A longitudinal study of work load and variations in psychological well-being, cortisol, smoking, and alcohol consumption. *Ann Behav Med, 20*(2), 84-91.
- Strauss, J., Doyle, A., y Kreipe, R. (1994). The paradoxical, effect of diet commercials on reinhibition of dietary restraint. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 441-444.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Guido., Stroebe, W., Van Koningsbruggen, G., Papies, E., y Aarts, H. (2013). Why most dieters fail but some succeed: a goal conflict model of eating behavior. *Psychological review*, 120 (1), 110-115.
- Stunkard, A.J., y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res*, 29, 71-83.
- Sung, J., Lee, K., y Song, Y. (2014). Dietary Restraint is Non-Genetically Associated with Change in Body Mass Index: The Healthy Twin Study. *Yonsei Med J*, 55 (4), 1138-2014. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2014.55.4.1138> pISSN:0513-5796, eISSN:1976-2437
- Sung, J., Lee, K., Song, Y., Lee, K., y Lee, D. (2010). Heritability of Eating Behavior Assessed Using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and Weight-related Traits: The Healthy Twin Study. *Obesity*, 18 (5), 1000-1005. doi: 10.1038/oby.2009.389
- Swinburn, B.A., Caterson, I., Seidell, J.C., y James, W.P. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr*, 7 (1), 123-46.
- Tagney, J., Baumeister, R., y Boone, A. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Tangney, J., Baumeister, R., y Boone, A. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers*, 72 (2), 271-324.
- Teixeira, P., Silva, M., Coutinho, S., Palmeira, A., Mata, J., Vieira, P., Carraça, E., Santos, T., y Sardinha, L. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18 (4), 725-735. doi: 10.1038/oby.2009.281

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Thayer, R. (2001). *Calm Energy: How people regulate mood with food and exercise*. Oxford: Oxford University Press.
- Tojo, R., y Leis, R. (2006). La obesidad en la infancia y la adolescencia. En Moreno, B., y Charro, A (Ed.), *Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategia NAOS*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Turkmen, S., Andreen, L., y Cengiz, Y. (2015). Effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on eating behaviour and allopregnanolone levels in obese women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol*, 31(4), 301-305. doi: 10.3109/09513590.2014.994600.
- Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- Valenzuela, A. (2006). *Obesidad*. Chile: Mediterráneo.
- Van Hout, G.C; Boekenstein, P; y Fortuin, F.A. (2006). Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg*, 16 (6), 787–794.
- Van Strien, T., Cleven, A., y Schippers, G. (2000). Restraint, tendency toward overeating and ice-cream consumption. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 333-338.
- Van Strien, T., Engels, R. C. M. E., Van Leeuwe, J., y Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating. Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 205–213.
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., y Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 295-315.
- Van Strien, T., y Schippers, G. (1995). The Relationship between Emotional and External Eating Behavior. *Addictive Behavior*, 10 (5), 585-594.
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D., Engels, R., y de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58, 277–284.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Van Strien, T., Herman, C., Engels, R., Larsen, J., y Van Leeuwe, J. (2007). Construct validation of the Restraint Scale in normal-weight and overweight females. *Appetite*, 49, 109–112.
- Engels Van Strien, T., y Bazelier, F. (2007). Parental control in feeding is related to external, restrained and emotional eating in 7-12 year old boys and girls. *Appetite*, 49, 618-625.
- Vartanian, L., Herman, C., y Wansink. (2008). Are we aware of the external factors that influence our food intake?. *Health Psychol*, 27(5), 533-538. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.533.
- Velasco, J.L., Martín de la Torre, E. (2004) Clasificación de los trastornos de la alimentación: la obesidad como trastorno de la alimentación. En: Miján de la Torre A (Ed.), *Nutrición y metabolismo de los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 57-69). Barcelona: Glosa.
- Verdi, B. (2006). *Control personal de la conducta y regulacion del peso corporal en obesos sometidos a cirugía bariátrica* (tesis de maestria). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Verheijden Nijs, I., Muris, P., Euser, A.S., y Franken, I.H. (2010). Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety. *Appetite*, 54(2), 243–254. doi: 10.1016/j.appet.2009.11.004
- Wadden, D., y Fabricatore, T. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13, 639-648.
- Wadden, T.A., Vogt, R.A., Andersen, R.E., Bartlett, S.J., Foster, G.D., y Kuehnel, R.H. (1997). Exercise in the treatment of obesity: effects of four interventions on body composition, resting energy expenditure, appetite, and mood. *J Consult Clin Psychol*, 65, 269-277.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Wadden, T., Berkowitz, R., Womble, L., Sarwer, D., Phelan, S., Cato, R...Stunkard, A. (2005). Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for Obesity. *N ENGL J MED*, 353 (20), 2111-2120.
- Wadden, T., Butryn, M., y Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, 132 (6), 2226-2238.
- Watkins, L.L., Sherwood, A., y Feinglos, M. (2003). Effects of exercise and weight loss on cardiac risk factors associated with syndrome X. *Arch Intern Med*, 163, 1889 –1895.
- Walley, A.J., Asher, J.E., y Froguel, P. (2009). The genetic contribution to non-syndromic human obesity. *Nat Rev Genet*, 10(7), 431-442. doi: 10.1038/nrg2594.
- Ward, A., y Mann, T. (2000). Don't mind if I do: disinhibited eating under cognitive load. *J Pers Soc Psychol*.78(4), 753-763.
- Wardle, J. (1990). Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating. *Addictive Behaviours*, 15, 387-393.
- Wardle, J. (1987). Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal weight subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 161-169.
- Wardle, J., Marsland, L., Seikh, Y., Quinn, M., Federoff, I., Ogden, J. (1992). Eating style and eating behavior in adolescents. *Appetite*, 18, 167-183.
- Bruch Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, 8, 162–169.
- Will, A., Ehrlinger, J., Alquist, J., Conlon, K., Baumeister, R., Schatschneider, C., y Dutton, G. (2011). High Trait self-control predicts positive health behaviors and success in weight loss. *Journal of Health Psychology*, 16 (5). 750-759.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

- Wing, R., Blair, E., Epstein, L., y McDermott, M. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal-weight subjects: a possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychol*, 9(6), 693-700.
- Wing, R.R., y Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*, 82(1), 222S-225S. doi: 10.1093/ajcn/82.1.222S
- Wing, R.R. (2002). Behavioral weight control. En Wadden, T.A., Stunkard, A.J. (Ed.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 301-316). New York, USA: Guilford Press.
- Wing, R.R., y Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*, 82(1), 222-225.
- Woody, E., Costanzo, P., Liefer, H., y Conger, J. (1981). The effects of taste and caloric perceptions on the eating behavior of restrained and unrestrained subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 5 (4), 381-390.
- Yanovski, S.Z., y Yanovski, J.A. (2002). Obesity. *N Engl J Med*, 346, 591- 602.
- Zijlstra, H., Van Middendorp, H., y Devaere, L. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychol Health*, 27, 1375–1387.
- Zijlstra, H., van Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J., van Ramshorst, B., y Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychol Health*, 27, 1375-1387.
- Zimmerman, B. J. (1989). Models of self-regulated learning and academic achievement. En Zimmerman, B., y Schunk, D. (Eds.), *Self-regulated learning and academic achievement: Theory, research, and practice* (pp. 1-25). New York: Springer

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, I., Young, D., Boerescu, D., Attiullah, N., Pohl, D., Roye, G., y Harrington, D. (2007). Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psychiatry*, 68(10), 1557-1562.

Anexos

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Anexo A. Anova de un factor para la comparación del IMC entre los grupos de participantes

(I) Grupos	(J) Grupos	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
HDS de Tukey	Candidatos a cirugía bariátrica	-17,10935	1,00441	,000	-19,7176	-14,5011
	Normopeso					
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-14,49458	1,06374	,000	-17,2569	-11,7323
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-6,21686	1,10884	,000	-9,0963	-3,3375
	Normopeso	14,49458	1,06374	,000	11,7323	17,2569
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-2,61477	1,06374	,071	-5,3770	,1475
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	8,27773	1,16285	,000	5,2581	11,2974
	Normopeso	17,10935	1,00441	,000	14,5011	19,7176
	Candidatos a cirugía bariátrica	2,61477	1,06374	,071	-,1475	5,3770
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	10,89249	1,10884	,000	8,0131	13,7719
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	6,21686	1,10884	,000	3,3375	9,0963
	Normopeso					
	Obesos sometidos a cirugía bariátrica	-10,89249	1,10884	,000	-13,7719	-8,0131
	Obesos no sometidos a cirugía bariátrica	-8,27773	1,16285	,000	-11,2974	-5,2581

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Anexo B. Cuestionario Holandés de Comportamiento alimentario (DEBQ)

DEBQ

Por favor lee cada uno de los enunciados que se presentan a continuación y coloca en qué grado estos se ajustan a tu comportamiento, utilizando la siguiente escala: nunca, raramente, algunas veces, a menudo, muy a menudo. Marque con una equis (X) la casilla que corresponda. Por favor responda todos los ítems, asegurándose de que marco una sola casilla y que sea la correcta.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Te dan ganas de comer cuando estás molesto/a?					
2. Si la comida tiene buen sabor, ¿comes más de lo habitual?					
3. ¿Te dan ganas de comer cuando no tienes nada que hacer?					
4. Cuando ganas peso, ¿comes menos de lo habitual?					
5. ¿Te dan ganas de comer cuando te sientes deprimido/a o desanimado/a?					
6. Si la comida tiene buen olor y aspecto ¿Comes más de lo habitual?					
7. ¿Con qué frecuencia rechazas la comida o bebida que te ofrecen, porque estás preocupado/a por tu peso?					
8. ¿Te dan ganas de comer cuando te sientes solo/a?					
9. Si ves o hueles algo delicioso ¿sientes el deseo de comértelo?					
10. ¿Te dan ganas de comer cuando alguien te decepciona?					
11. ¿Intentas comer menos de lo que te gustaría en las comidas?					
12. Si tienes algo delicioso para comer, ¿te lo comes enseguida?					
13. ¿Te dan ganas de comer cuando estás enojado/a o bravo/a?					
14. ¿Vigilas qué es lo que comes exactamente?					
15. ¿Si pasas cerca de una pastelería, te entran ganas de comprar algo delicioso?					
16. ¿Te dan ganas de comer cuando sabes que se acerca un momento desagradable?					
17. Deliberadamente comes alimentos que son para adelgazar					
18. Si ves a otros comiendo, ¿te dan ganas de comer?					
19. Cuando has comido demasiado, ¿los siguientes días comes menos de lo habitual?					
20. ¿Te dan ganas de comer cuando estás ansioso/a, preocupado/a o tenso/a?					
21. ¿Puedes resistirte a comer alimentos deliciosos?					
22. ¿Comes menos de forma deliberada para no engordar?					
23. ¿Te dan ganas de comer cuando las cosas se ponen contra ti, o cuando algo te va mal?					
24. Si pasas cerca de una cafetería o kiosko ¿te dan ganas de comprar algo delicioso?					
25. ¿Te dan ganas de comer cuando estás emocionalmente alterado(a)?					
26. ¿Con qué frecuencia intentas no comer entre comidas porque estás preocupado(a) por tu peso?					
27. ¿Cuando ves a otros comer, comes más de lo habitual?					
28. ¿Te dan ganas de comer cuando estás aburrido/a o inquieto/a?					
29. ¿Con que frecuencia intentas no comer de noche porque estás preocupado/a por tu peso?					
30. ¿Te dan ganas de comer cuándo estás asustado/a?					
31. ¿Tienes en cuenta tu peso al momento de comer?					
32. ¿Te dan ganas de comer cuando estás decepcionado/a?					
33. Cuando preparas una comida ¿tiendes a comer de lo que estás preparando?					

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y AUTORREGULACIÓN EN PERSONAS NORMOPESO Y OBESAS

Anexo C. Inventario de Autorregulación del Peso

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas al control de peso. Por favor lee cuidadosamente cada una de las mismas e indica el grado en que estas se ajustan a tu manera de pensar. Para ello, contarás con cuatro opciones de respuestas: Nunca, Pocas veces, Muchas veces, Siempre. Marca con una equis (X) sólo una de las cuatro alternativas que se presentan para cada enunciado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor contesta todos los ítems.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Hacer ejercicios regularmente me ayuda a mantener mi peso				
2. Noto cuánto me ayudan a mantener mi peso las actividades físicas que realizo				
3. Me reprocho por comer algo que se ve muy apetitoso a pesar de no tener hambre				
4. Escojo la cantidad adecuada de comida que debo consumir para mantener mi peso				
5. Me incomoda no cumplir con mi rutina de ejercicios				
6. Busco la manera de hacer ejercicios regularmente				
7. Me fijo en la cantidad de veces que como durante el día				
8. Me siento bien conmigo cuando como moderadamente				
9. Me molesto cuando como en exceso				
10. Planifico una rutina de ejercicios para estar en forma				
11. Me siento feliz si controlo lo que como cuando salgo con otras personas				
12. Comparo los ejercicios que he realizado con los que me propuse				
13. Debo evitar comer en exceso aunque la comida se vea muy apetitosa				
14. Me molesto cuando no hago ejercicios				
15. Estoy motivado a comer sanamente porque ello me ayuda a mantener mi peso				
16. Me siento motivado(a) a comer moderadamente				
17. Establezco cuales son los ejercicios que debo realizar para controlar mi peso				
18. Me felicito cuando realizo ejercicios				
19. Me propongo comer cantidades moderadas de alimento				
20. Me motivo a realizar ejercicios regularmente				
21. Me felicito por cumplir una rutina de ejercicios				
22. Suelo fijarme en la clase de alimentos que debo consumir				
23. Me regaño por comer chucherías				
24. Cuento las veces que como durante el día				
25. Me propongo realizar ejercicios regularmente				
26. Me molesto cuando como solamente porque estoy con otros				
27. Elijo alimentos saludables que me ayuden a mantener mi peso				
28. Uso alguna táctica para cumplir con una rutina de ejercicios para mantener mi peso				
29. Me premio si consumo alimentos sanos				

Anexo D. Consentimiento Informado

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

**Consentimiento informado**

Estimado (a) Sr. (a):

Ante todo un cordial saludo.

En el material que encontrará a continuación se presentan 2 cuestionarios acerca del comportamiento alimentario que forman parte de un trabajo de investigación que se desarrolla como proyecto de tesis en el Departamento de Psicología Clínica perteneciente a la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

La participación en esta actividad es totalmente **voluntaria**, y con ella usted estará contribuyendo al avance científico del campo de la psicología. Se destaca que las respuestas a los cuestionarios son de **carácter anónimo** y la información derivada del mismo será manejada con estricta **confidencialidad** tal y como lo contemplan los artículos 57 y 60 del Código de Ética Profesional del Psicólogo en Venezuela.

Si tiene alguna duda adicional sobre la investigación, siéntase en absoluta confianza y derecho de preguntar al encuestador, quien tiene el compromiso de responder cualquier información que usted requiera. También puede contactar al investigador responsable por medio del siguiente teléfono: (0426-416-62-24).

De antemano, reciba nuestro más sincero agradecimiento por su participación en la investigación.

Atentamente
Glauca Pereda Gómez.
C.I 22.015.112

Nombre del encuestado

Firma

