

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Satisfacción corporal, dietas y su
conocimiento. Un estudio correlacional.**

Elena Lozano Rodríguez

Director/a: Virginia Martín Romera

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

ÍNDICE

Resumen:.....	3
Abstract:.....	3
1. Introducción/justificación:	5
2. Objetivos e hipótesis:.....	7
2.1. Objetivos:	7
2.2. Hipótesis:.....	8
2.2.1. Hipótesis del primer objetivo:.....	8
2.2.2. Hipótesis del segundo objetivo:	9
2.2.3. Hipótesis del tercer objetivo:	11
3. Marco teórico:.....	12
3.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):.....	12
3.2. Programas de prevención en el TCA:	15
3.3. Satisfacción corporal:	16
3.3.1. Definición:	16
3.3.2. Estudios:.....	17
3.4. Conocimiento nutricional y sobre los peligros de las dietas:.....	18
3.5. Satisfacción corporal, conocimiento y dietas.....	19
4. Método:.....	20
4.1. Participantes:.....	20
4.2. Diseño:.....	20
4.3. Instrumentos:	21
4.3.1 Metodología de investigación:.....	22
4.4. Procedimiento de recogida de datos:	22
4.5. Procedimiento de análisis de datos:	23
5. Resultados:.....	25
5.1. Análisis factorial:	25
5.2. Objetivo 1:.....	28

5.3. Objetivo 2:.....	30
5.4. Objetivo 3:.....	32
6. Discusión y conclusiones:.....	37
7. Referencias:.....	43
8. Anexos:.....	53
8.1. Anexo 1: Cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire)	53
8.2. Anexo 2: Cuestionario demográfico y falsas creencias sobre la dieta.	54
8.3. Anexo 3: Corrección del cuestionario sobre el conocimiento de las dietas. ..	56
8.4. Anexo 4: Agrupación del IMC según la OMS (2018):	57
8.5. Anexo 5. Estadísticas del CIS (2008):.....	58
8.6. Anexo 6: Definición de la variable dieta:.....	58
9. Declaración de autenticidad:	62

Resumen:

El estudio analiza las variables satisfacción corporal y conocimiento nutricional incluyendo los peligros de las dietas, con la idea de mejorar el diseño de los programas de prevención de dietas, factor de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria. Con una muestra de 434 participantes, primero se estudió la relación existente entre conocimiento y dietas y posteriormente se hizo lo mismo con satisfacción corporal y dietas. Los resultados indicaron una relación más fuerte con la satisfacción. El segundo objetivo examinó variables demográficas como sexo, IMC y edad. El último objetivo, trató de estudiar cómo varía la relación del conocimiento y dietas en función de la satisfacción corporal. Se concluye que los participantes con baja satisfacción que no harían dietas tienen un conocimiento excesivamente alto respecto a los demás grupos. Por tanto, en el momento de diseñar un programa de prevención, será necesario primeramente una evaluación previa de la satisfacción corporal, y en segundo lugar diseñar un programa diferente para cada grupo de satisfacción. El programa dirigido a personas con baja satisfacción supondrá más sesiones. En ambos programas, se dará más relevancia a la satisfacción corporal frente al conocimiento, abordándose este desde una perspectiva centrada en las consecuencias peligrosas de las dietas, más que en el conocimiento nutricional propiamente dicho.

Palabras clave: Satisfacción/insatisfacción corporal, dieta, conocimiento nutricional, trastornos de conducta alimentaria, TCA.

Abstract:

The study analyzes the variables body satisfaction and nutritional knowledge including the dangers of diets, with the idea of improving the design of dietary prevention programs, a risk factor for eating disorders. With a sample of 434 participants, the relationship between knowledge and diets was first studied and subsequently the same was done with body satisfaction and diets. The results indicated a stronger relationship with satisfaction. The second objective examined demographic variables such as sex, BMI and age. The last objective tried to study how the relationship of knowledge and diets varies according to body satisfaction. It is concluded that the participants with low satisfaction who would not do diets have an excessively high knowledge regarding the other groups. Therefore, at the time of designing a prevention program, a prior assessment of body satisfaction will be necessary first, and secondly, to design a different program for each satisfaction group. The program aimed at people with low satisfaction will involve more sessions. In both programs, more relevance will be given to body

satisfaction in the face of knowledge, approaching this from a perspective focused on the dangerous consequences of diets, rather than on nutritional knowledge itself.

Key words: Body satisfaction/insatisfaction, dieting, nutritional knowledge, eating disorders, ED.

1. Introducción/justificación:

Muchas son las investigaciones que se han llevado a cabo tratando la asociación entre satisfacción corporal (SC) y la adopción de dietas, centrándose la mayor parte en apreciar las diferencias en función del sexo (Bearman, Presnell, Martínez y Stice, 2006; Benas y Gibb, 2007; Carlson Jones, 2004). El presente trabajo tiene como objetivo conocer cómo se relacionan la SC y el conocimiento sobre los efectos perjudiciales de las dietas, con la realización de estas. La idea de estudiar estas relaciones surge de la necesidad de crear y diseñar un programa de prevención óptimo para evitar que las personas hagan dietas restrictivas de una manera inadecuada. Como se explicará más adelante, el seguimiento de dietas conforma uno de los principales factores de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (García y Gómez-Peresmitré, 2003, NEDA 2019). Existe abundante bibliografía que apunta que la satisfacción corporal (SC), es una de las variables que más se relaciona con hacer dietas (Hernández, Rayón y Díaz, 2010). Así, al implantar programas para prevenir estas, donde principalmente se centran en aportar información nutricional y dietética necesaria, sería fundamental una buena evaluación de la SC de los participantes. Debido a lo anterior y siguiendo la hipótesis y bibliografía de este trabajo, se piensa que las personas que tengan una SC más baja, no se van a beneficiar de igual manera de estos programas. Además, estos suelen ser costosos y dificultosos de impartir. Limitar aún más la población diana sobre la que realizar la prevención tanto primaria como secundaria, mejoraría su eficiencia. Con frecuencia, se observa en nuestro entorno, y sobre todo en determinadas épocas del año (en especial durante el verano o enero), el deseo de muchas personas de ponerse a dieta y conseguir estar a gusto con su cuerpo. Según datos del CIS (2008) en una encuesta sobre la juventud, el 11,7% del total de personas encuestadas llevaba a cabo una dieta. Solo el 20,2% de los entrevistados lo hacen por motivos de salud, mientras que un 35,7% argumenta que tiene excesivo peso y quiere adelgazar y un 35,1% le gusta mantenerse en forma y no pasarse de peso. Esto lleva a concluir la importancia de la satisfacción corporal para efectuar un régimen alimentario. De la misma manera, se atisba un aumento gradual del número de adeptos a ciertas cuentas patrocinadoras de dietas o de productos saludables en redes sociales, cuyo nivel de exigencia y perfeccionismo es alto (factores de riesgo de TCA). Nuevos trastornos de la alimentación vinculados a la preocupación y obsesión por la comida se han incorporado al ámbito de la salud mental, debido al preocupante aumento del impacto en nuestra sociedad. Por ejemplo, la llamada ortorexia, preocupación patológica por la dieta y comida sana, llega a tener según algunos estudios, una prevalencia en una muestra de universitarios españoles de hasta un 17% (Parra Fernández, 2018). Aunque realmente no se tienen datos fiables sobre la prevalencia de este trastorno, ya que todavía es muy novedoso, se

apunta que en el ámbito médico entre un 0,5% y un 1% de pacientes que acuden a médicos especialistas han sido por este motivo (Medina, 2009). La dieta vegetariana, también aumenta su seguimiento en múltiples personas como método de control de peso (Marcos Revuelta, 2019). Todos estos aspectos llevan a preguntarse si disminuiría la realización de las dietas aumentando el conocimiento de los peligros que puedan conllevar. Con todo, se pretende profundizar en la relación entre dieta y conocimiento, y determinar si la satisfacción corporal tiene un papel significativo en ella. Por tanto, el presente trabajo es relevante porque ayuda a identificar las características, respecto a su SC y conocimiento, que tienen las personas que hacen dietas, para así, diseñar un buen programa de prevención de dietas.

2. Objetivos e hipótesis:

2.1. Objetivos:

1. Conocer qué variable, SC o conocimiento, se relaciona más con hacer dietas.
Para ello se efectuarán los siguientes subobjetivos:
 - 1.1 Relacionar SC y dieta.
 - 1.2 Relacionar conocimiento y dieta.

2. Analizar cómo se relacionan las principales variables de estudio (SC, conocimiento y dieta) con diferentes variables demográficas como son el sexo, la edad y el IMC. La idea es poder mejorar el diseño del posible programa de prevención futuro, así como obtener una visión general de la muestra. Se realizarán los siguientes subobjetivos:
 - 2.1. Relacionar el sexo con SC, conocimiento y dieta.
 - 2.2. Relacionar el IMC con SC, conocimiento y dieta.
 - 2.3. Relacionar la edad con SC, conocimiento y dieta.

3. Estudiar a diferentes grados de SC, la relación existente entre conocimiento y dieta. Debido a la gran carga de bibliografía que refleja la importancia de la SC a la hora de seguir una dieta, se cree que es importante efectuar este tercer objetivo. Del mismo modo, se podrá diseñar un potencial programa de prevención de realización de dietas diferente dependiendo de cada grado de SC de los participantes.

2.2. Hipótesis:

2.2.1. Hipótesis del primer objetivo:

En referencia al primer objetivo se plantean dos hipótesis.

1.1 RELACIÓN ENTRE SC Y DIETA:

Como primera hipótesis se espera encontrar diferencias significativas en SC entre quien hace y no hace dieta. Más concretamente, quien hace dieta tendrá una menor satisfacción. Diferentes estudios encuentran relación significativa entre la realización de dietas y la diferencia entre cuerpo percibido y cuerpo real (SC) (Mostafavi-Darani, Daniali y Azadbakht, 2013), apuntando que esto no se debe a un ideal de extrema delgadez sino a una percepción distorsionada de su talla o gordura (Gruber, Pope y Lalonde, 2001). Otras investigaciones analizan esta relación por sexo, detectando en las mujeres una interacción negativa entre SC y dietas (García y Gómez-Peresmitré, 2003). En contraste, en los hombres, las dietas se relacionan con la insatisfacción solo de la parte inferior del cuerpo (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2006). Según Hernández et al. (2010) en su revisión bibliográfica, observaron que de los 44 artículos estudiados, 7 trataban la relación entre dietas restrictivas y SC y otros 17 estudiaban aparte de estas dos variables, otras como influencia de pares o autoestima. Esta concluyó con la existencia de una relación negativa entre SC y dietas. Solo dos artículos refutaron estos resultados (Bearman et al., 2006; Canpolat, Orsel, Akdemir y Ozbay, 2005).

1.2 RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y DIETA:

La hipótesis postula que existen diferencias de medias en el conocimiento respecto a hacer o no dieta. Se piensa que aquellas personas que no hacen dieta poseerán una media más alta en conocimiento que aquellas que si la lleva a cabo. Sin embargo, debido a las investigaciones encontradas, esta premisa no será tan evidente como la propuesta para la SC y las dietas. No obstante, no se detecta una muestra amplia de artículos que analicen la interacción conocimiento y dietas. Según Erdenebileg, Park y Chang (2018), quienes estudiaban dos muestras independientes de dos países diferentes, encontraron que en un país la relación conocimiento-dietas resultaba significativa, mientras que en el otro país no lo era. Worsley (2002) expone que el conocimiento puede ser un factor necesario, pero no suficiente para la realización de las restricciones alimentarias. A pesar de ello, varios son los artículos donde se detecta una relación negativa entre conocimiento y dietas restrictivas o una relación positiva entre conocimiento nutricional y hábitos de alimentación saludables (Ducrot et al., 2017; González, Werner, Gutiérrez y Raich, 2011; Grosso et al., 2013; Kersting et al., 2008; Yeon et al., 2013).

2.2.2. Hipótesis del segundo objetivo:

1.1 RELACIÓN SEXO- VARIABLES PRINCIPALES

Dentro del segundo objetivo, en la variable sexo, el femenino es el más investigado. Se plantean tres hipótesis.

La primera expondrá que el sexo femenino sufrirá una mayor insatisfacción corporal que el masculino (Frederick, Frobos, Griogorian y Jarcho, 2007; Mulasi-Pokhriyal y Smith, 2010; Murray y Lewis, 2014; Ramos et al., 2016). Por ejemplo, según Hernández et al. (2010), el 6,6% de las chicas muestran una satisfacción corporal baja mientras que en chicos es de un 2,1%.

Como segunda hipótesis se plantea que las mujeres serán quienes tendrán un seguimiento mayor de dietas restrictivas. No obstante, en los hombres también aparecerá este supuesto, pero en menor grado. Así, el 12,6% de los chicos hacen dietas frente al 20,9% de las chicas (Hernández et al., 2010). Según García y Gómez-Peresmistré (2003), las mujeres tenían una media de realización de dietas de 1,54, respecto a la media de 1,38 de los hombres.

La última hipótesis, plantea que las mujeres obtendrán mayores puntuaciones en conocimiento que los hombres. Resulta difícil encontrar en la bibliografía estudios que lo relacionen, no obstante, aquellos que se encuentran confirman esto. Kim, Yu y Han (2002), en estudio donde la interacción era significativa, obtuvieron las siguientes puntuaciones (puntuación máxima de 20): las niñas puntuaban su conocimiento en 9,99, mientras que en los niños fue de 8,66. Otros, no encuentran diferencias significativas en género respecto al conocimiento (Jwa y Chae, 2008).

1.2 RELACIÓN IMC-VARIABLES PRINCIPALES:

Referente al IMC, la primera hipótesis propone que a mayor IMC menor será la SC de los participantes. Esta hipótesis se plantea en población no clínica. Si los participantes padecen algún TCA, no correspondería esta hipótesis, ya que, como se ha visto anteriormente, la SC es un factor de riesgo del trastorno (Behar, Vargas y Cabrera, 2011). Esto se solventará mediante la exclusión de los participantes que posean diagnóstico de TCA. Algunos estudios plantean que el 85,5% de su muestra, la mayoría con normopeso, puntúan bajo en sus niveles de SC. Sin embargo, cuando analizan solo la muestra de IMC elevados, todos los participantes poseen insatisfacción corporal (Eisenberg, Neumark-Sztainer y Paxton, 2006; Hernández, Alves, Arroyo y Basabe, 2012; Holsen, Jones Y Birkeland, 2012; Jwa y Chae, 2012; Mostafavi-Darani et al., 2013; Sonnevile et al., 2012; Yeon et al., 2013). Una investigación planteó esta interacción en relación con el sexo, y concluyó que entre las mujeres se producía esta relación negativa entre IMC y SC (Dissen et al., 2011), mientras que en los hombres mantenía una forma de U. Es decir, aquellos

hombres que tenían un muy bajo y muy alto IMC tenían una menor SC que los hombres con un IMC dentro de la normalidad (Austin, Hainer y Veugeler, 2009).

Para el siguiente objetivo específico se hipotetiza que existen diferencias de medias del IMC en los participantes que hacen y que no hacen dieta. Aquellas personas que puntúen en hacer dieta tendrán un mayor IMC. Todo esto se plantea bajo la perspectiva de trabajo con población no clínica. En consideración a esta interacción observamos, en el CIS (2008), que a mayor peso aumenta el porcentaje de personas que hacen dieta (Ver anexo 5, tabla 14). No obstante, existen estudios que no encuentran dicha correlación (Dissen et al., 2010; Hernández et al., 2012, Rodríguez Cabrero et al., 2012). Por otro lado, ciertos artículos certifican que esa relación existe, pero proponiendo al sexo femenino como una variable mediadora entre ambas variables (Hernández et al., 2010). De la misma forma, Platas, Gómez-Peresmitré y León (2014), apuntan que dentro de las personas que realizan dietas restrictivas el 42% sufren sobrepeso, el 56% son obesos y el 26% personas con normopeso.

Como última hipótesis, se concluye que no existe interacción entre el IMC de los participantes y el conocimiento que poseen. Algunas investigaciones no hallan relación entre estas dos variables (Demirci, Demirci y Demirci, 2018; González et al., 2011; Ha et al., 2016). Otras explican que todos los IMC necesitan una mejora en el conocimiento nutricional, por lo que tampoco encuentran una correlación (Yeon et al., 2013).

1.3 RELACIÓN EDAD-VARIABLES PRINCIPALES:

En cuanto a la relación existente entre la edad y la ejecución de una dieta, así como entre la edad y el conocimiento, no se proponen hipótesis. Al analizar la edad en correspondencia con cada una de las tres variables principales, se detectan muy pocos artículos que estudien esta correlación en función de la variación de edad. Muchas investigaciones trabajan por grupos de edad, sobre todo con adolescentes, no obstante, no los comparan con otros intervalos de edad. Por ejemplo, respecto a las dietas, según el CIS (2008), (ver anexo 5, tabla 13) se observa una relación positiva, es decir, cuanto más alta es la edad de los participantes mayor es el seguimiento de dietas. Por lo que concierne a la interacción entre edad y conocimiento ocurre lo mismo. No se encuentran estudios comparativos, por lo que aventurarse a elaborar una hipótesis no sería fiable.

En consideración al vínculo entre edad y SC, la hipótesis infiere que existe una correlación entre las dos variables en sentido positivo. No hay una cantidad suficientemente alta de estudios que analicen las diferencias entre edades, ya que se suelen centrar en grupos de edad concretos.

Sin embargo, los encontrados plantean que, a mayor edad, mayor SC (Damhorst, Littrell y Littrell, 1987; Holsen, Jones y Birkeland, 2012; Murray y Lewis, 2014; Tiggermann y McCourt, 2013).

2.2.3. Hipótesis del tercer objetivo:

En la última hipótesis se espera que dentro de los participantes que posean una baja SC, existan mayores diferencias en las medias de su conocimiento entre quienes hacen y no hacen dieta, que en los participantes con alta SC. De acuerdo con lo expresado en el primer objetivo, se espera que la SC relacione en mayor medida con hacer dietas que con el conocimiento. En consecuencia, gente con baja satisfacción, va a necesitar mucho más conocimiento para no hacer dietas. En cambio, personas con alta satisfacción requerirán un conocimiento más bajo que los anteriores o, al menos un conocimiento en la media, para no llevar a cabo regímenes alimentarios. De la misma forma, es importante recalcar que no se han encontrado investigaciones que estudien estas tres variables de forma conjunta y entre sí. Por eso, la novedad del presente trabajo radica en examinar cómo interaccionan las tres variables principales de estudio. Existen artículos donde se analizan las variables, pero estas se acaban relacionando dos a dos (Dissen et al., 2010; Hyun, Lee, Ro, Gray y Song, 2017; Kim y Shin, 2002; Kim et al., 2002). Otros, proponen la importancia de observar cómo afecta la SC en el nexo existente entre conocimiento y dietas, y apuntan que, si no existe relación entre las últimas variables, puede deberse al efecto que la SC esté realizando sobre ellas (Perron y Endres, 1985). Una última investigación llevada a cabo por la Universidad del País Vasco examina si hay o no diferencias en la realización de una dieta y la satisfacción corporal en alumnas de trabajo social (poco conocimiento nutricional) y alumnas de nutrición (alto conocimiento nutricional). Concluyen que el conocimiento nutricional que poseen las alumnas de nutrición no es suficiente para mejorar su SC y lleven a cabo dietas saludables (Alves, Regidor, Baraño, Pablo e Izaga, 2012).

3. Marco teórico:

3.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):

En las últimas décadas, mayoritariamente en la sociedad occidental, ha imperado un icono de belleza basado en un cuerpo delgado y en numerosas ocasiones inalcanzable. Este ideal de belleza se relaciona en alta medida con el desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Se entiende por TCA aquel trastorno en el que la conducta alimentaria está alterada debido a los intentos de las personas que lo sufren para bajar y controlar su peso. Una de sus características principales es la restricción alimentaria, variable que se estudiará en el presente trabajo. Comúnmente, estos trastornos se han limitado a abarcar la anorexia y la bulimia nerviosa (AN y BN respectivamente), aunque en la categoría diagnóstica también se incluye los trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TANE) entre otros. Actualmente, se ubican dentro del DSM 5 en los denominados trastornos de la alimentación. Aquí, se encuadran diferentes alteraciones, algunas novedosas como el trastorno por atracón, y otras que no están necesariamente relacionadas con el control y pérdida de peso como es la pica (American Psychiatric Association, 2002). A pesar de que la prevalencia de TCA es mayor en mujeres jóvenes, se observa el aumento en prepúberes y varones en riesgo (Acerete, Trabado y Ferri, 2010). El ratio mujeres-hombres es de 10:1. En España, se localizan dentro de la población de riesgo al 15,3% de mujeres, frente al 2,2% de hombres (Gómez Martínez, 2007). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que es uno de los principales trastornos a tratar entre niños y adolescentes (López y Treasure, 2011). La tasa de prevalencia de la AN es de aproximadamente 0,4% para mujeres jóvenes, mientras que la de la BN es de 1-1,5% a nivel global, esta última con riesgo de suicidio elevado (American Psychiatric Association, 2013). En el momento de determinar la prevalencia a nivel nacional, se han encontrado importantes dificultades. Primero, no existe ningún dato de este tipo proveniente directamente de la administración pública. Tan solo el Ministerio de Sanidad, en su Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, mediante una revisión bibliográfica, precisa los datos de los ingresos debido a los TCA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). La mayoría de las estadísticas se centran en comunidades o regiones, y, dependiendo del tipo de diseño y la metodología que se utilice, varían de forma clara (Gómez Martínez, 2007; Morandé, Graell y Blanco, 2014; Peláez Fernández et al., 2010). Esto hace evidente la necesidad de trabajar en una epidemiología unánime a nivel estatal (Tinahones, 2003). No obstante, al estudiar mediante un metaanálisis de los trabajos más significativos que se han realizado en España, se observa que entre un 1% a un 3% de la población joven en ambos sexos sufren TCA y en torno a un 4-5% en

el caso de mujeres jóvenes (Gómez Martínez, 2007; Peláez Fernández et al., 2010). Otras revisiones revelan que la prevalencia del TCA oscila entre un 4,1% y un 6,4% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Otros análisis en el ámbito nacional apuntan a que un 1,3% de los adolescentes sufren BN, mientras que si se refieren a población femenina aumenta hasta el 4,75% (Gómez Martínez, 2007). La edad de inicio en BN se presenta a los 21 años, mientras que la de la AN a los 16 años (Gómez Martínez, 2007). En relación con la incidencia, tampoco existe consenso en las cifras. Por ejemplo, en AN fluctúan entre un 0,3% a un 15% (Bosch, 1999; Lahortiga-Ramos, 2005). Lo que es seguro es que el TANE es el trastorno con mayor tasa de incidencia, seguido por la AN y la BN con tasas muy similares. Dato no muy llamativo debido a la naturaleza inespecífica del primer trastorno.

Las causas del TCA son multifactoriales. Existen diferentes clasificaciones de los factores de riesgo. Según el Hospital Clinic de Barcelona (Hilker, Flamarique y Caballero, 2019), existen tres factores de riesgo principales: factores individuales, factores familiares y factores sociales.

Tabla 1

Factores de riesgo individuales

Predisposición genética	Investigado mediante estudios gemelares, estudios familiares y estudios de adopción. Todos ellos plantean una alta heredabilidad (Morandé et al., 2014).
Rasgos psicológicos	Perfeccionismo, rigidez cognitiva, ansiedad o autoexigencia... son algunos de los atributos que incrementan las probabilidades de sufrir el trastorno (Morandé et al., 2014; NEDA, 2019).
Baja autoestima	Estrechamente ligado con la insatisfacción por el propio cuerpo, constituyéndose esta como uno de los principales factores de riesgo del TCA (Behar et al., 2011). Más adelante se explicará con detalle la satisfacción corporal debido a la importancia que se da a esta en el presente estudio.
Adolescencia	Dicho anteriormente, la AN tiene una edad de inicio de 16 años (Gómez Martínez, 2007). Es una etapa de grandes cambios hormonales. Igualmente, aparece el aumento de la percepción por la propia imagen,

ansiedad, la comparación con los demás, la importancia que se la da al grupo de iguales, etc. (López 2017).

Sexo femenino Alta prevalencia del trastorno en mujeres respecto a hombres. Asimismo, este sexo es el que más correlaciona con la insatisfacción corporal (Hernández et al., 2010).

Obesidad Padecer esta condición en la infancia o la adolescencia incrementa el riesgo de sufrir baja SC, ser víctima de burlas por parte de su entorno, sufrir ansiedad y depresión. Del mismo modo, aumentan los intentos por efectuar dietas, en la gran mayoría de las ocasiones inadecuadas, para la pérdida rápida de peso, además de comportamientos alterados alimentarios. Todo esto promueve el padecimiento de TCA a largo plazo (López, 2017; NEDA, 2019).

Tabla 2

Factores de riesgo familiares

Estilo familiar	Vivir y crecer en familias tanto desestructuradas como sobreprotectoras (Morandé et al., 2014).
-----------------	---

Educación familiar	Familias que educan en un apego inseguro, una excesiva preocupación por la imagen corporal de sus hijos, actitudes negativas de crianza por parte de los padres y un control excesivo. Papel fundamental de las madres en la aparición del trastorno (Morandé et al., 2014).
--------------------	--

Tabla 3

Factores de riesgo sociales

Modelo de belleza	Excesivamente delgado e inalcanzable (Vázquez, Rodríguez, Noriega y Santamarta, 2005). Se resalta la belleza en relación con el cuerpo antes que otros valores (Hilker et al., 2019). Igualmente, aquellas personas que internalizan ese ideal corporal aumentan su insatisfacción corporal (Lawler y Nixon, 2011). Es importante percatarse del aumento del TCA debido al uso de las redes sociales donde enfatizan dicho modelo (Mabe, Forney y Keel, 2014).
Presión social respecto a la imagen	La influencia de los amigos hacia las actitudes y comportamientos sobre el peso predicen el nivel de preocupación por el cuerpo, la dieta, las conductas extremas para el control de peso y los atracones (Hutchinson y Rapee, 2007).
Ciertos deportes y profesiones	Sobre todo, aquellos que exigen una alta competitividad, o los relacionados con la moda o la televisión, en definitiva, con la imagen (Cantus y Juan, 2016; Hilker et al., 2019).
Situaciones vitales que han generado estrés	Como abuso sexual o burlas por parte de los compañeros o la familia (Morandé et al., 2014).

3.2. Programas de prevención en el TCA:

En el marco del tratamiento del TCA, se han implantado múltiples programas de prevención, sobre todo a nivel educativo. Todos ellos intentan disminuir los factores de riesgo. Se ha concluido que los primeros años de la adolescencia son los óptimos para implantar los programas (Gómez y Núñez, 2007). Al mismo tiempo, se ha observado un grave incremento de la obesidad. La OMS (2018) alerta de que esta casi se ha triplicado en todo el mundo desde 1975. Concretamente, en el 2016, del total de la población adulta del mundo, el 39% tenían sobrepeso y el 13% era obesa. Asimismo, el panorama en España tampoco resulta alentador. Según un estudio del Hospital del Mar de Investigaciones Médicas de Barcelona (2019), apunta

que, de seguir con la misma tendencia de prevalencia de datos sobre obesidad y sobrepeso, en el 2030, 8 de cada 10 hombres padecerá una de las dos condiciones y el 55% las sufrirán mujeres. Así pues, debido al incremento de la obesidad y del TCA en España y en el mundo, desde los centros educativos principalmente realizan programas holísticos, enseñando hábitos alimentarios saludables, práctica regular de ejercicio físico, seguimiento de dietas restrictivas o comerciales y sus consecuencias, problemas derivados de la interiorización de un ideal de belleza basado en la delgadez y, por último, la satisfacción corporal (Cantus y Juan, 2016; INFOCOP, 2019; Madrid, Pombo y Otero, 2001). Debido al alto coste al implantar estos programas, en el presente trabajo se pretende analizar si dos variables (SC y conocimiento sobre las dietas), se relacionan en el mismo grado con la realización de dietas estrechamente vinculadas con los TCA. De este modo, mejorando el diseños de los programas, aumentarían su efectividad y su validez.

3.3. Satisfacción corporal:

La satisfacción corporal es uno de los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de TCA y uno de los principales puntos a trabajar en los programas de prevención.

3.3.1. Definición:

La imagen corporal se compone de la suma de tres componentes: perceptual, cognitivo-afectivo y conductual. La percepción que la persona posee sobre la figura y la medida de su cuerpo es el componente perceptivo. Las creencias, pensamientos, imágenes e ideas que se tienen acerca del propio cuerpo corresponden al componente afectivo- cognitivo, y es el que más influye en la SC que tiene cada individuo. Por último, el componente conductual se basa en el comportamiento que tiene la persona debido a esas creencias, pensamientos e ideas que configuran la dimensión afectiva-cognitiva (Platas et al., 2014). La insatisfacción corporal se define como el juicio subjetivo que una persona realiza hacia su propio cuerpo, el cual no se corresponde con sus características reales (López, 2017). El ideal de belleza de cuerpo delgado que impera entre la sociedad occidental es la principal causa de insatisfacción corporal. Las expectativas poco realistas y el perfeccionismo para conseguir ese objetivo inalcanzable, a menudo predispone a un deterioro en el bienestar psicológico. Esto produce síntomas depresivos, estrés y disminución de la autoestima provocando el aumento del riesgo de padecer TCA (Hernández et al., 2012; Swami, Begum y Petrides, 2010).

3.3.2. Estudios:

Múltiples son los trabajos que estudian esta variable. La mayoría de ellos investigan las relaciones que existen entre la SC y el género, la SC y el Índice de Masa Corporal (IMC), la perspectiva sociocultural en la SC y, la más importante para esta investigación, la SC y la realización de dietas restrictivas.

En cuanto al género, todos los artículos que estudian esta unión concluyen que las mujeres poseen una menor satisfacción corporal que los hombres (Ata et al., 2007; Bearman et al., 2006; Benas y Gibb, 2007; Carlson Jones, 2004; García y Gómez-Peresmitré, 2003; Hernández et al., 2010; Madrid et al., 2001; McCabe y Ricciardelli, 2001; Pingitore, Spring y Garfieldt, 1997; Ramos et al., 2016; Salvador, García-Gálvez y de la Fuente, 2015; Vincent y McCabe, 2000).

Acercas de la SC y el IMC, se observan diversos resultados. Algunos estudios plantean que la relación es inversa, a mayor IMC menor SC (Andrés y Saldaña, 2014; Castejón Martínez, Berengüí Gil, y Gracés de los Fayos Ruiz, 2016; Gómez y Núñez, 2007; Pingitore et al., 1997; Valverde et al., 2016). Otros, exponen que son las mujeres las que, aun teniendo un mayor grado de normalidad en su IMC, son las que más insatisfechas están con su cuerpo (Fernández y Azofeifa, 2007; Sámano et al., 2015; Valverde et al., 2010). La mayor parte de estos estudios se han llevado a cabo incluyendo también la variable de género.

Recogiendo el tema de la SC y la realización de dietas, no son las personas con mayor IMC las que más dietas hacen, sino las personas con más baja SC (Ramos et al., 2016). De las investigaciones que trabajan la perspectiva de género se observa lo siguiente: aquellas personas con menor SC, son las que más dietas hipocalóricas realizan y las que peores hábitos alimentarios tienen. Del mismo modo, se puede apreciar en ellas un amplio historial dietético, factor de riesgo del TCA (García y Gómez-Peresmitré, 2003; Hernández et al., 2012; López, 2017; NEDA, 2019; Neumark-Sztainer et al., 2016; Ortega, 2007; Pingitores et al., 1997; Ramos et al., 2016; Sámano et al., 2015; Salvador, García-Gálvez y de la Fuente, 2015; Vandereycken y Noodernbos, 2000).

Desde la perspectiva sociocultural se estudia la SC en diferentes regiones del mundo (Altalbe, 1998; Cash y Henry, 1995; López, Blix y Blix, 1995; Robinson et al., 1996; Rodríguez y Cruz, 2008), así se examina cómo diversos factores socioculturales diseñan y moldean distintos modelos estéticos corporales y cómo estos se internalizan (Rodríguez y Cruz, 2008).

3.4. Conocimiento nutricional y sobre los peligros de las dietas:

El presente trabajo define al conocimiento como un conjunto de información basada tanto en el conocimiento nutricional como en el conocimiento sobre los peligros de las dietas y los mitos que se tienen acerca de estas, tal y como se aprecia en el anexo 3.

Este, del mismo modo y según Martín Criado (2007) es un concepto central en numerosas campañas de prevención para cambiar hábitos alimentarios en nuestro país. Parten de la premisa principal de que la conducta de las personas está sustentada por ciertas ideas y pensamientos, y que cambiando estos se puede modificar dicho comportamiento. A pesar de ello, en diferentes estudios dicha premisa se ha declinado, sobre todo dentro de la clase obrera (Germov y Williams, 1996; Povey, Conner, Sparks, James y Shepherd, 1998). Esto se explica por la interpretación y modificación del discurso nutricional. Las personas que reciben la información tienden, o bien, a asimilar aquella que encaja con sus conocimientos nutricionales anteriores, o a ignorar la que no se adecúa con sus supuestos, a la par de realizar diversas distorsiones. Luego, si este tipo de programas no funcionan, puede deberse a que la realización de ciertas prácticas alimentarias tenga un origen multifactorial, y no solo prevalezca la razón de la salud. Otro de los factores, sería la satisfacción corporal estudiada en la presente investigación. Martín Criado (2007) afirma: “Las prácticas cotidianas, por tanto, no consisten simplemente en poner en práctica los conocimientos que se tengan sobre comportamientos saludables” (p. 524). Los efectos de asumir dicho conocimiento y ejecutarlo es a largo plazo y probabilístico, mientras que otros factores (SC por ejemplo), son inmediatas y poseen mayor urgencia. El conocimiento a su vez deja de tener fiabilidad por la constante información, en numerosas ocasiones contradictoria, difundida por diferentes medios de comunicación.

Otros artículos comentan que el conocimiento nutricional es un factor necesario, pero no suficiente para cambios alimentarios (Worsley, 2002). Algunos estudios avisan que el conocimiento nutricional solo disminuye las actitudes alimentarias en el seguimiento a largo plazo, pero no hace que la gente deje de realizar dietas, ni cambien sus IMC (González et al., 2011).

Sin embargo, aunque la relación entre este tipo de conocimiento y la realización de las dietas hipocalóricas, no se encuentre confirmada en su totalidad, ciertos estudios certifican dicha unión (Grosso et al., 2013; Yeon et al., 2013). Por ejemplo, al comparar en un mismo estudio dos muestras independientes, se ve que existe en las dos, relación entre conocimiento nutricional y dietas, aunque solo en una de ellas resulta significativa (Erdenebileg et al., 2018).

Otro proyecto ha estudiado esta correlación comparando en un estudio transversal los países europeos en su conjunto, encontrando esta interacción significativa (Kersting et al., 2008).

3.5. Satisfacción corporal, conocimiento y dietas.

Uno de los estudios que motivaron el presente trabajo fue aquel donde se analizó la relación que existía entre el conocimiento nutricional y la realización de dietas en atletas mujeres. Los resultados condujeron que esta correlación no era significativa y apuntaban que podía deberse a otros factores que influían en esta, como la SC entre otros (Perron y Endres, 1985). Pocos son los artículos que estudian el vínculo entre las tres variables principales de este TFM. Los existentes suelen analizar las variables relacionándolas dos a dos (Dissen et al., 2010; Erdenebileg et al., 2018; Hyun et al., 2017; Song, Hyun, Ro y Lee, 2015; Yeon et al., 2013). Otros prescriben el conocimiento nutricional como la variable que realmente se relaciona con la realización de dietas, expresando que la relación entre SC y la realización de estas dietas no está clara, aunque estudios previos lo hayan demostrado (Sealey-Potts, Hougén, Ferriola y Linehan, 2009). Una investigación española mide la SC en relación con la realización de dietas, dividiendo su muestra en estudiantes del grado de nutrición y de trabajo social. Los resultados mostraron que, aunque las estudiantes del grado de dietética poseían un mayor conocimiento nutricional, no fue suficiente para que ellas dejaran de realizar dietas restrictivas asociadas a su insatisfacción corporal (Alves et al., 2012). Debido a la gran disparidad de resultados y a la poca investigación que existe relacionando las tres variables, se considera necesario estudiar cómo puede afectar tanto la SC como el conocimiento nutricional y de los perjuicios de las dietas, en la realización de dietas restrictivas para la pérdida y el control de peso. De la misma manera, la definición de dietas viene explicada con más detalle en el apartado de diseño y en el anexo 6. Se ha tenido en cuenta para definir este término, por un lado, las personas que han hecho o hacen dieta y la volverían a hacer, los que no las han hecho y las harían en el futuro si quisiesen bajar de peso, y los que directamente no las harían en el futuro.

4. Método:

4.1. Participantes:

Se trata de una muestra final de 434 participantes, donde se han eliminado previamente 11 de ellos por padecer TCA. El rango de edad está comprendido entre los 18 y los 62 años. Sin embargo, el 75,57% se encuentra entre los 18 y los 30 años. La mayoría de la muestra posee normopeso. Y de la misma manera, la mayoría de los participantes pertenecen al género femenino, siendo un 72% de la muestra total. Como criterio de exclusión se tomó el diagnóstico de TCA, preguntado en la encuesta. Esto fue debido a que las hipótesis varían al tratarse de población clínica o no. Por otro lado, al ser de una encuesta realizada vía online pareció conveniente descartar a los outliers o valores atípicos. Los menores de edad tampoco pudieron participar. Finalmente, todas las personas que participaron en esta investigación lo hicieron de manera anónima y voluntaria.

4.2. Diseño:

Se trata de un estudio descriptivo mediante encuestas con diseño transversal. Al tratarse de un estudio correlacional, no se hablará de variable dependiente e independiente.

En relación con las tres variables principales, se medirá la SC mediante el Body Shape Questionnaire (BSQ) (ver anexo 1), cuya puntuación oscila entre 34 y 204. Esta variable será cuantitativa, ya que se quiere observar las diferencias entre personas con mayor y menor SC en relación con las otras variables. Estableciendo esta variable como cuantitativa se recogerá una mayor variabilidad de la muestra, lo que ayudará a analizar los datos. La variable realización de dietas se calculará a través de las siguientes preguntas del cuestionario ad hoc (ver anexo 2): “¿Haces o has hecho alguna vez algún tipo de dieta para bajar de peso? y ¿realizarías en el futuro alguna dieta, si quisieses perder peso?”. Esta variable será cualitativa con una escala nominal, cuyos niveles serán no haría dieta, no ha hecho dieta pero haría, y ha hecho y haría (3 niveles). En el mismo orden se denominarán en los resultados: no dieta futura, si dieta futura/no dieta pasado y si dieta futura/si dieta pasado. El porqué de elegir estos niveles quedan explicados de manera más precisa en el anexo 6. Respecto al conocimiento, la variable será cuantitativa, por el mismo motivo que la SC. Se pretende observar las diferencias del conocimiento en relación con otras variables, pero no es de interés saber cuántos participantes tienen un nivel alto o bajo de conocimiento. Esta variable se cuantificará mediante las últimas preguntas del cuestionario ad hoc (ver anexo 2), basadas en una escala Likert de acuerdo con una serie de afirmaciones.

Esto permite encontrar una mayor heterogeneidad en la muestra. Para el tercer y el último de los objetivos se creará una nueva variable a partir de la SC y la de realización de dietas, denominándose SC-Dietas. Esta última variable creada será cualitativa para que sea más manejable analizar la relación entre SC-Dietas y el conocimiento, que es cuantitativa. Con el objetivo de convertir la SC cualitativa y siguiendo la recomendación de Cooper y Taylor (1988), se integra dentro de quienes tienen una alta satisfacción aquellos con una valoración por debajo de la media menos la mitad de una desviación típica. De la misma forma, se denota por satisfacción moderada aquellos con una satisfacción situada entre la media menos la mitad de una desviación típica y la media más la mitad una desviación típica. Por último, quienes logran una puntuación por encima de la media más la mitad de una desviación típica tienen una baja satisfacción.

Respecto a las variables demográficas, estas se medirán mediante las preguntas correspondientes del cuestionario ad hoc (anexo 2). La edad se analizará como variable cuantitativa, mientras que el sexo será una variable cualitativa, cuyos niveles corresponderán a ser hombre o mujer. Y por último el IMC se estudiará como variable cuantitativa. Al igual que ocurre con la variable SC y conocimiento, queremos observar cómo fluctúa el IMC en relación con las variables que van a correlacionarse. Por tanto, agrupar el IMC según indica la OMS (2018) como se puede ver en el anexo 4, conllevaría una baja variabilidad de mi muestra.

4.3. Instrumentos:

Para la investigación se utilizó la recogida de datos mediante una encuesta formada por dos cuestionarios. El primero recoge el cuestionario BSQ (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; adaptado por Raig et al. (1996)). Este se ha validado en población española tanto en jóvenes como en adultos (Baile, Guillén y Garrido, 2002; Espina, Ortego, Ochoa, Aleman y Juaniz, 2002; Hernández et al., 2010; Raich, Mora, Soler, Clos y Zapater, 1996). Se trata de una prueba que mide el grado de satisfacción corporal la cual consta de 34 ítems, con 6 alternativas en la escala Likert (ver anexo 1). Cuanto mayor sea la puntuación mayor será la insatisfacción corporal. La consistencia interna de este cuestionario calculada mediante el alfa de Cronbach para la muestra de la creación del test se encuentra entre un 0,95 y un 0,97, lo que quiere decir que el test posee una alta validez interna (Baile et al., 2002).

De la misma manera, también se diseñó una encuesta ad hoc (ver anexo 2) para medir el conocimiento sobre las dietas, las creencias que tienen los sujetos acerca de ellas y sus peligros. Para ello se estudió diferentes tratados y artículos de nutrición, así como libros de

psicología de la salud. Este cuestionario consta de 23 afirmaciones con una escala Likert, para evaluar el grado de acuerdo con dichas afirmaciones. En el anexo 3 se podrá observar la corrección de dicho cuestionario. Además de conocer los datos sobre los conocimientos en las dietas, también se pidió información demográfica del tipo: sexo, edad, peso, altura, diagnóstico de TCA y si realizan, han realizado o realizarán algún tipo de dieta para bajar peso.

Estos dos cuestionarios se administraron a través de una plataforma virtual, mediante un enlace a Google Forms. Posteriormente fueron estudiados mediante el programa estadístico SPSS en la versión IBM SPSS Statistics 26 y el programa RStudio con versión 3.5.1, para ciertos cálculos como el análisis factorial, donde con este último software se realiza de forma más conveniente como más adelante se explicará.

4.3.1 Metodología de investigación:

Para las referencias que apoyan y auxilian este trabajo se ha buscado en bases de datos como las siguientes: PubMed, PsycInfo, Scielo, Dialnet, Web of Science, MedLine, Google Scholar, Panamericana, Wiley Online Library, Reasearch Gate, revistas como Psicothema y Elsevier entre otras, además de diferentes libros. Se intentó recoger aquellos artículos más actuales y aquellos que habían sido citados en mayor número de ocasiones. Dentro de los términos de búsqueda se encuentran en español: satisfacción corporal, dieta restrictiva, conocimiento nutricional, sexo, IMC, edad, hábitos alimentarios, y calidad de dieta entre otros. En inglés: body satisfaction, diet intake, dieting, restriant diet, nutrition knowledge, gender, BMI, age, eating habits, dietary habits, dietary attitude, etc. En la búsqueda estos términos se combinaron mediante el operador booleano AND, ya que esta investigación se encuadra dentro del paradigma correlacional y la finalidad de la búsqueda era analizar las relaciones existentes entre las variables.

4.4. Procedimiento de recogida de datos:

Para recoger la muestra se realizaron varias acciones. En primer lugar, se administraron los cuestionarios vía online, a los alumnos del Centro Universitario Cardenal Cisneros de la Universidad de Alcalá (UAH) de los grados de psicología y magisterio, así como a los del Máster de Psicología General Sanitaria de la UAH. Se difundieron por diferentes grupos de WhatsApp para que aumentara la muestra lo máximo posible, y por redes sociales como Instagram o Facebook. En todo momento, se solicitó la ayuda para difundir la encuesta al mayor número de personas posibles, proponiendo así un muestreo por bola de nieve. Una vez se recogió la

información de los test, se procedió a analizarla mediante diferentes técnicas de análisis de datos que a continuación se enunciarán.

4.5. Procedimiento de análisis de datos:

En primer lugar, se realizó un análisis factorial con los datos provenientes del BSQ, para recoger dos factores predominantes en el cuestionario, de igual modo que han realizado diversas investigaciones como Moreno, Montaña, Prieto, y Pérez-Acosta, (2015) o Vázquez Arévalo et al. (2011). Para ello se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación de los datos al análisis factorial, y la prueba de esfericidad de Barlett para observar si la matriz de correlaciones de los ítems es significativamente diferente a la matriz identidad. Se utilizó el software estadístico RStudio con la finalidad de añadir el análisis paralelo en la retención de factores. Si bien el análisis factorial se puede realizar con SPSS, este software emplea ampliamente el criterio de Kaiser, que retiene tantos factores como autovalores de la matriz de correlaciones sean mayores que uno. Sin embargo, este criterio se desaconseja desde la mejora computacional de los últimos tiempos, debido a que tiende por lo general a sobreestimar el número de factores. En el caso del análisis paralelo, se tiene en cuenta los autovalores que se obtendrían si la matriz de correlaciones analizada procediera de una población en donde los ítems no estuvieran relacionados. De esta forma, se retienen tantos factores como valores propios mayores que los que se obtendrían al azar, (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Por otro lado, la rotación empleada será varimax. Con esta rotación se busca tener pocas saturaciones elevadas para cada ítem facilitando la interpretación. Las correlaciones utilizadas fueron las de Spearman ya que se tratan de variables categóricas. De igual modo, se visualizó el porcentaje de varianza explicada por cada factor. Para finalizar y ratificar el análisis factorial se procedió a estudiar la consistencia interna del test modificado final mediante el Alpha de Cronbach y el Omega de McDonald.

En cuanto al análisis de los datos de los objetivos, el tipo de distribución que seguía la muestra fue lo primero que se investigó. Para ello se realizó, cuando la muestra era mayor de $n=50$ la prueba de Kolmogorov-Smirnov, mientras que en el resto se utilizó la de Shapiro-Wilks. Además de esto, se estudiaron los histogramas y los gráficos de normalidad correspondientes. De la misma forma se aplicó la prueba de Levene para conocer la homocedasticidad de la muestra. Para un análisis más adecuado se eliminaron en cada objetivo y para cada muestra, los valores atípicos correspondientes.

En el primer objetivo, en cuanto a la relación conocimiento y SC, tratándose de muestras que no seguían una distribución normal, se visualizó mediante un gráfico de dispersión y una correlación de Spearman. En este objetivo se efectuaron varios análisis para determinar cuál de todas las definiciones posibles de dieta era la más correcta, como se explica en el anexo 6. Las relaciones entre la variable dieta, en un primer momento dicotómica, y la variable conocimiento, cuantitativa, se llevaron a cabo mediante una T de Student. En lo relativo al estudio entre dieta y SC, se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney debido a la no normalidad de la variable SC. Al finalizar el análisis de la definición de dieta se concluyó que esta poseía tres niveles vistos en el diseño (ver anexo 6). Debido a esto se efectuó un ANOVA para relacionar dietas con conocimiento y un ANOVA de Kruskal-Wallis para hacerlo con la insatisfacción, ya que los datos, aunque no seguían la distribución normal, si poseían homocedasticidad.

En el segundo objetivo, se emplean las siguientes pruebas. Para conocer la relación entre el sexo y las dietas, se usa la prueba χ^2 de Pearson, que permite rechazar que las diferencias observadas entre grupos sean atribuibles al azar. La interrelación entre sexo y tanto con SC como con conocimiento, se realizó a través de un ANOVA de Kruskal-Wallis, debido a la no normalidad de los datos. Al estudiar el IMC y las dietas se procedió con una prueba de rangos de Wilcoxon y al relacionar IMC con conocimiento y SC se trabajó con una correlación de Spearman. Para finalizar, la edad y su vínculo con las dietas, se investigó con la prueba de rangos de Wilcoxon, y la edad con conocimiento y satisfacción mediante la correlación de Spearman.

El tercer objetivo analiza a diferentes niveles de satisfacción, el tipo de relación existente entre el conocimiento y las dietas. Para ello se crea una nueva categoría entre dietas y satisfacción. Siguiendo la recomendación de Cooper y Taylor (1988) y como se refleja en el apartado de diseño, se crean tres valores de la variable SC: alta, moderada y baja. Estos grupos se subdividen a su vez en 3 subgrupos cada uno, coincidiendo con las categorías que se consideran en la realización de dietas. Se crea entonces una variable cualitativa con 9 posibles niveles. Para observar las diferencias de conocimiento entre las distintas categorías de la nueva variable, y previo cumplimiento de las condiciones de normalidad y homocedasticidad se utiliza un ANOVA. Más adelante para identificar las diferencias de medias entre cada par de categorías se emplea la prueba de Tukey.

5. Resultados:

5.1. Análisis factorial:

Como se puede comprobar, diversos estudios proponen que el BSQ mide más de una única variable latente (Moreno, 2015; Palomina Floriano, 2018; Vázquez Arévalo et al., 2011). Para poder determinar cuáles son los factores que se encuentran bajo la estructura interna de los datos, se realiza un análisis factorial usando el conjunto de respuestas a los ítems de este cuestionario. El índice KMO puntúa con un 0,97, con lo cual se obtiene un valor óptimo para el análisis. De la misma forma, la prueba de esfericidad de Bartlett rechaza con un p-valor computacionalmente igual a 0 que la matriz de correlaciones de los ítems sea la matriz identidad. En caso contrario, al no existir correlación entre ítems, no tendría sentido realizar el análisis. Consecuentemente, se procede a realizar el análisis inicialmente con 2 factores, como nos indica el análisis paralelo. Las saturaciones correspondientes se encuentran en la Tabla 4. Únicamente se muestran aquellas saturaciones superiores a 0,4. Con estos resultados se observa que existen ítems, como son las preguntas 26 y la 32, que no se pueden asignar a ningún factor. Se trata de cuestiones relacionadas directamente con los criterios diagnósticos de TCA. En cuanto al resto, aquellos ítems que muestren saturaciones elevadas en los dos factores se eliminan del análisis y se vuelve a lanzar un análisis factorial. La estructura final de ítems se muestra en la Tabla 5. La varianza total explicada por el primer factor asciende al 24%, mientras que la del segundo es del 18 %. La varianza explicada acumulada por lo tanto es del 42%. El alpha de Cronbach correspondiente es igual a 0,95 mientras que el omega de McDonald es igual a 0,96, lo que implica una buena consistencia interna para ambos factores.

Tabla 4

Análisis factorial para el conjunto total de los ítems del BSQ

	Factor 1	Factor 2
Ítem1	0,581	
Ítem2	0,767	
Ítem3	0,569	
Ítem4	0,755	
Ítem5	0,626	
Ítem6	0,628	
Ítem7		0,684
Ítem8		0,673
Ítem9	0,574	0,502
Ítem10	0,482	0,444
Ítem11	0,416	0,614
Ítem12	0,568	0,562

Ítem13		0,646
Ítem14	0,610	0,582
Ítem15	0,440	0,555
Ítem16	0,438	
Ítem17	0,709	
Ítem18		0,734
Ítem19	0,492	0,625
Ítem20	0,537	0,620
Ítem21	0,674	
Ítem22	0,611	
Ítem23	0,592	
Ítem24	0,637	0,467
Ítem25	0,526	
Ítem26		
Ítem27		0,712
Ítem28	0,475	
Ítem29	0,469	0,653
Ítem30	0,488	
Ítem31		0,640
Ítem32		
Ítem33	0,507	0,581
Ítem34	0,703	

Tabla 5

Estructura factorial propuesta para el BSQ

	Factor 1	Factor 2
Ítem1	0,589	
Ítem2	0,778	
Ítem3	0,555	
Ítem4	0,758	
Ítem5	0,609	
Ítem6	0,646	
Ítem7		0,663
Ítem8		0,698
Ítem11		0,620
Ítem13		0,625
Ítem15		0,542
Ítem17	0,720	
Ítem18		0,746
Ítem19		0,630
Ítem21	0,691	
Ítem22	0,616	
Ítem23	0,602	
Ítem24	0,640	
Ítem27		0,725

Ítem29		0,632
Ítem30	0,491	
Ítem31		0,616
Ítem34	0,709	

Observando los ítems que se asocian a cada uno de los factores obtenidos, se puede concluir lo siguiente: el primer factor se asocia a un malestar normativo con la imagen corporal, mientras que el segundo se refiere a un malestar superior al anterior que afecta al propio individuo en el sentido de adoptar conductas sociales comparativas o conductuales ciertamente patológicas. De esta forma, el primer factor se denota por preocupación por el peso, entendiendo por tal un conjunto de preocupaciones y miedos habituales entre la población general, los cuales no causan ninguna alteración en la vida cotidiana del individuo. Mientras que el segundo recibe el nombre de insatisfacción corporal. Este se define como aquel malestar que a menudo genera conductas nocivas para la salud de la persona y que se relaciona íntimamente con padecer TCA. Por esta razón, se elegirá a este último factor como objeto de estudio en este trabajo (Vázquez Arévalo, 2011).

5.2. Objetivo 1:

Vistas las diferencias existentes entre la realización como tal de dietas y la disposición a hacerlas, se han considerado los siguiente grupos: no dieta futuro (grupo 0), si dieta futuro/no dieta pasado (grupo 1) y si dieta futuro/si dieta pasado (grupo 2). Se muestra en la Figura 1 el diagrama de cajas tanto para el conocimiento como para la insatisfacción entre las tres categorías consideradas. Se analizan las características de los distintos grupos. El primero, formado por individuos que no harían dietas en el futuro, tienen tanto un conocimiento alto como una satisfacción corporal elevada. En cuanto al grupo de si dieta futuro/no dieta pasado, se ve que la gran diferencia con los anteriores se encuentra en el conocimiento. Se trata de individuos con una satisfacción corporal por encima de la media de la muestra, pero con el conocimiento más bajo. Por último, el grupo si dieta futuro/si dieta pasado, destaca por su baja satisfacción corporal. El conocimiento en este no es elevado, pero tampoco es bajo.

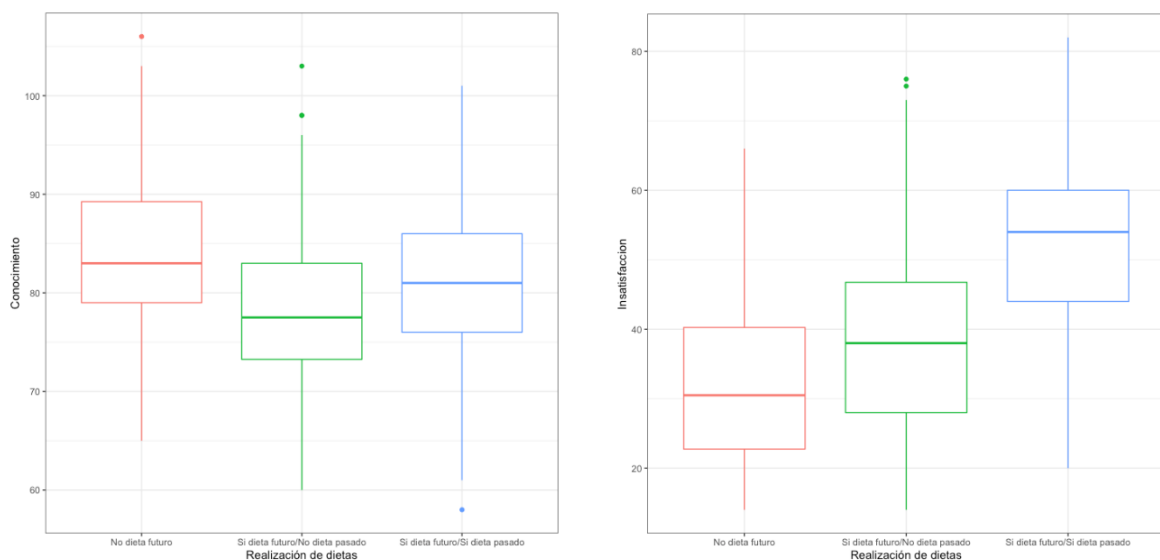


Figura 1. Distribución del conocimiento y de la insatisfacción entre las tres últimas categorías de dietas seleccionadas.

Con el fin de determinar si estas diferencias comentadas anteriormente son significativas se procede a realizar un ANOVA. Empezando por el conocimiento, el test de Kolmogorov-Smirnov no rechaza la normalidad en ninguna de las categorías consideradas (nivel de significación del 95%). De la misma forma, el test de Levene no rechaza la igualdad de varianzas ($p = .62$), dándose homocedasticidad en los datos. Con esto, se realiza un ANOVA que rechaza ($p = 3.72e-6$), que no haya diferencias de medias significativas entre, al menos, dos de

las categorías analizadas. Para ver dónde se encuentran estas diferencias se emplea el método de Tukey para comparaciones múltiples, cuyos resultados se muestran en la Tabla 6. Se tiene que no existen evidencias para rechazar que la media de conocimiento de aquellos individuos que se encuentran en no dieta futuro, sea la misma que aquellos que están en si dieta futuro/si dieta pasado. Por el contrario, se rechaza con rotundidad que si dieta futuro/no dieta pasado tenga el mismo conocimiento que no dieta futuro. Lo mismo ocurre entre si dieta futuro/no dieta pasado y si dieta futuro/si dieta pasado.

En el caso de la insatisfacción, a pesar de que de nuevo se rechaza la normalidad, el test de Levene no rechaza la homocedasticidad ($p = .5927$). Se acude en consecuencia a una prueba de Kruskal Wallis para ver la existencia de diferencias de medidas de centralidad entre las 3 categorías ($p < 2.2e-16$). Esto implica que entre al menos dos de los grupos hay diferencias de medianas. Con la prueba de rangos de Wilcoxon, se tiene por parejas qué diferencias de medianas son significativas. En cualquier par de categorías se rechaza la igualdad de medianas.

Tabla 6

Relación del conocimiento y la insatisfacción entre los diferentes grupos de dietas.

Grupos dietas	Conocimiento		Insatisfacción	
	Diferencias de medias	p-valor	Diferencias de medianas	p-valor
1-0	-5,01	0,0000034*	5,67	0,0047*
2-0	-2,30	0,053	19,29	<2e-16*
2-1	2,71	0,0037*	13,62	<2e-16*

*Datos significativos a un nivel de significación del 95%

Observando la diferencia de medias se infiere que el grupo de no dieta futuro tiene 5 puntos más en la media de su conocimiento que el de si dieta futuro/no dieta pasado. De la misma manera, los participantes de si dieta futuro y pasado tienen 2 puntos más en su media de conocimiento que los de si dieta futuro/no dieta pasado. En relación con la satisfacción se observa que si dieta futuro y pasado tiene 19 puntos más en su insatisfacción que no dieta futuro y 13 puntos más que si dieta futuro/no dieta pasado. Por último, si dieta futuro/si dieta pasado tiene 5 puntos más de insatisfacción que no dieta futuro.

5.3. Objetivo 2:

Se introduce en el trabajo una caracterización de las tres variables principales del trabajo en función del sexo, del IMC y la edad.

Tabla 7

Relación entre las tres variables principales y las tres variables demográficas.

	Grupos	Sexo p-valor	IMC p-valor	Edad p-valor
Dietas	1-0	0,79	0,22	0,0008*
	2-0	0,0165*	1,6e-10*	0,095
	2-1	0,02*	1,8e-7*	1,8e-10*
Conocimiento		0,001*	0,028*	0,100
Insatisfacción		<2,2e-16*	0*	0*

*Datos significativos a un nivel de significación del 95%

Por sexo, se tiene que, la prueba χ^2 de Pearson nos permite rechazar que las diferencias observadas entre los distintos grupos de hacer dietas sean atribuibles al azar, con excepción de las diferencias existentes entre si dieta futuro/no pasado y no dieta futuro. Por lo tanto, el sexo se relaciona con hacer dietas, pero no con estar dispuesto a hacerlas. En particular, se tiene que casi el 50% de las mujeres reconocen haber realizado dietas frente al 31% de los hombres. De la misma forma, se encuentran diferencias en las medianas tanto de conocimiento como de insatisfacción por sexos, puesto que en ambos casos se rechaza la hipótesis nula en un test de Kruskal Wallis. Son las mujeres las que presentan una mayor insatisfacción, con una mediana de 45, frente al 34 de los hombres. Lo mismo ocurre en el caso del conocimiento, con un valor de 81 para mujeres y de 78 para hombres.

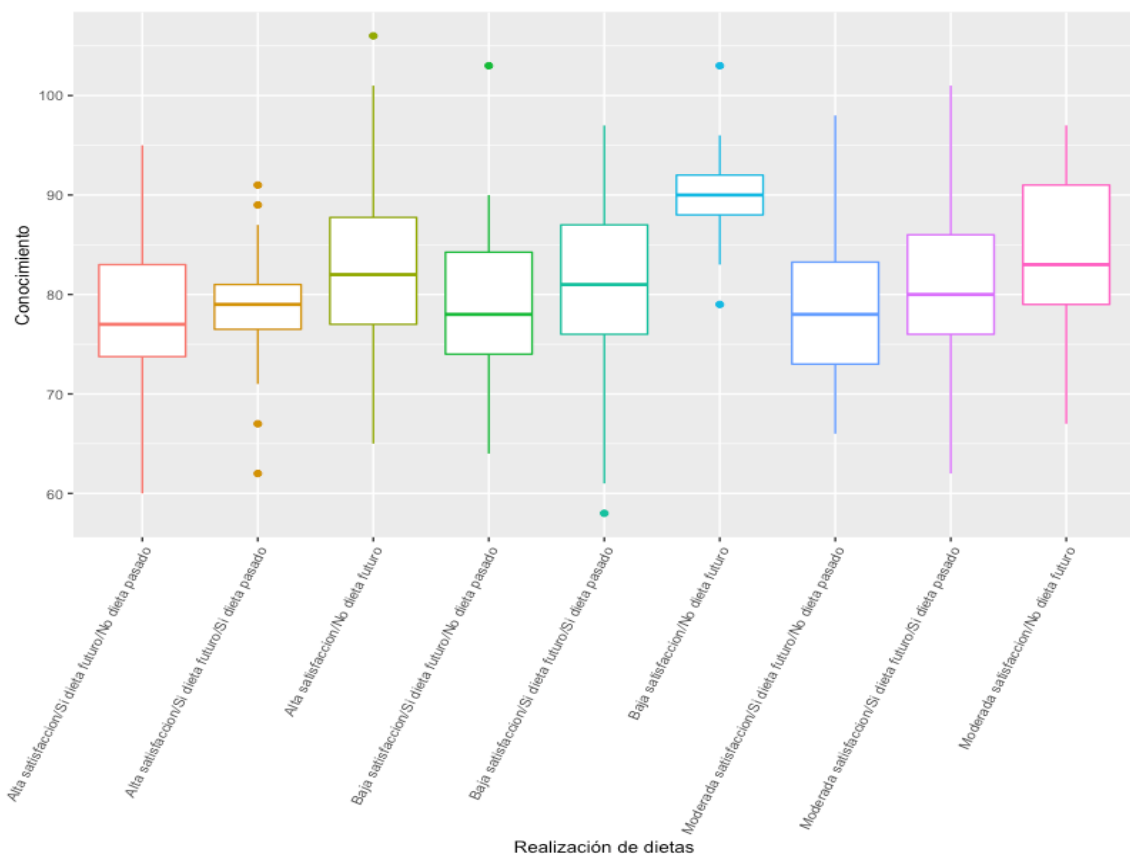
En cuanto al IMC, una prueba de rangos de Wilcoxon entre pares de categorías muestra que las diferencias se encuentran entre si dieta futuro/si dieta pasado y los otros dos grupos. Concretamente el IMC medio que tiene este grupo se sitúa en un valor de 24,6 cercano al límite del sobrepeso establecido por la OMS, frente al 21 de media que tienen los otros dos grupos (ver anexo 4). Con respecto al conocimiento, podemos rechazar que no exista correlación, en este caso negativa, tal y como indica el test de Spearman ($Rho = -.106$, $p = .028$). Igualmente se rechaza que no exista correlación entre el IMC y la insatisfacción, tratándose de una correlación positiva ($Rho = .187$, $p = 0$).

Finalmente, respecto a la edad se tiene que la prueba de rangos de Wilcoxon rechaza la no igualdad de medianas entre si dieta futuro/si dieta pasado y si dieta futuro/no dieta pasado y entre no dieta futuro y si dieta futuro/no dieta pasado. De la misma forma, el test de correlación de Spearman acepta la correlación entre la insatisfacción y la edad, de manera negativa ($Rho = -.232$, $p = 0$). Se observa que aquellas personas que no harían dieta poseen una edad media de 23, frente a la edad media de 21 de los que si la harían, por lo que a mayor edad también menor probabilidad de hacer dietas ($p=.0008$).

5.4. Objetivo 3:

Si bien en el objetivo 1 se ha determinado que la insatisfacción se relaciona en gran medida con el hecho de hacer dietas, por encima del conocimiento que se tenga sobre los perjuicios de estas, en este apartado se analiza la relación que existe entre el conocimiento y la dieta a diferentes niveles de satisfacción. Para este fin, se clasifica la variable insatisfacción en tres grupos (alta, moderada y baja), en función de su puntuación. Esto se realiza mediante la recomendación de Copper et al. (1988) como se ha visto en el procedimiento de análisis de datos. Estos grupos se subdividen a su vez en 3 subgrupos cada uno, coincidiendo con las categorías que se consideran en la realización de dietas. Se crea entonces una variable con 9 niveles diferentes.

Figura 2. Diagrama de cajas donde se muestra la distribución del conocimiento para cada categoría considerada.



Las diferencias de conocimiento entre cada par de categorías se estudian mediante un ANOVA, dado que en ningún caso se rechaza la normalidad por parte del test de Kolmogorov Smirnov o de Shapiro Wilks, dependiendo de la muestra que haya en cada nivel de la variable.

De la misma forma, el test de Levene no rechaza la hipótesis de homocedasticidad ($p = .83$). El ANOVA rechaza que no existan diferencias de medias entre ninguna categoría ($p = .0002$). Las diferencias por pares, obtenidas a partir del método de Tukey se muestran en la Figura 3, donde en rojo y en verde se tienen aquellas diferencias que son significativas. Se observarán mejor estas diferencias en las tablas que hay a continuación.

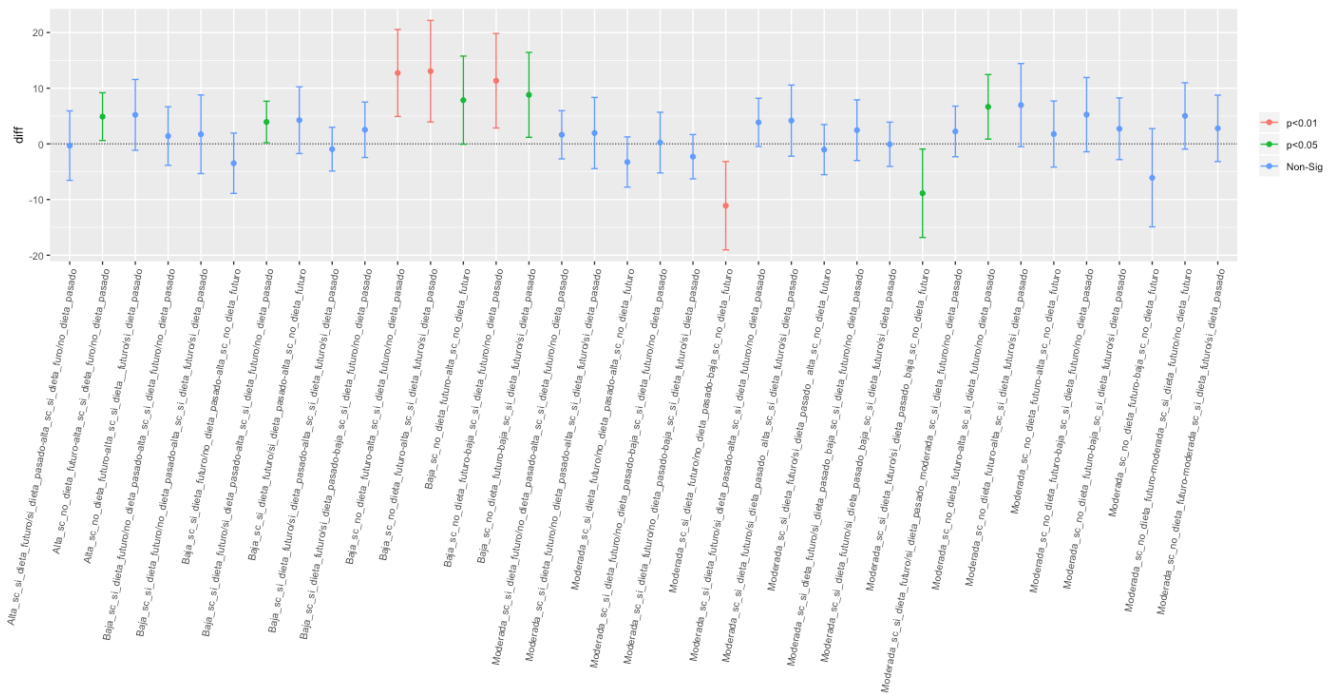


Figura 3. Pruebas post hoc de Tukey.

En lo que sigue, se observa como relaciona el conocimiento a distintos grados de satisfacción. Comenzando por aquellas personas con una satisfacción corporal elevada, se tiene la Tabla 8. Se observa que entre este grupo de individuos solamente se encuentran diferencias significativas de conocimiento entre no dieta futuro y si dieta futuro/no dieta pasado.

Tabla 8

Diferencias de conocimiento entre las tres categorías de dietas en personas con alta SC

		Alta satisfacción corporal		
		No dieta futuro	Si dieta futuro/no dieta pasado	Si dieta futuro/si dieta pasado
Alta satisfacción corporal	No dieta futuro		0,012*	0,66
	Si dieta futuro/no dieta pasado	0,012*		0,99
	Si dieta futuro/si dieta pasado	0,66	0,99	

*Datos significativos a un nivel de significación del 95%

En lo que respecta a una insatisfacción moderada, no se encuentran diferencias de conocimiento entre ninguna de las categorías. La explicación sobre esto se obtendrá en el apartado de discusión y conclusiones.

Tabla 9

Diferencias de conocimiento entre las tres categorías de dietas en personas con moderada SC

		Moderada satisfacción corporal		
		No dieta futuro	Si dieta futuro/no dieta pasado	Si dieta futuro/si dieta pasado
Moderada satisfacción corporal	No dieta futuro Si dieta futuro/no dieta pasado	0,18	0,18	0,88
	Si dieta futuro/si dieta pasado	0,88	0,85	0,85

*Datos significativos a un nivel de significación del 95%

Finalmente, en el caso de individuos con baja satisfacción corporal se tiene la Tabla 10. Aquí se encuentran las mayores diferencias en conocimiento. Así, son significativas las diferencias de conocimiento entre no dieta futuro y si dieta futuro/no dieta pasado, pero también entre no dieta futuro y si dieta futuro/si dieta pasado. De esta forma, es claro que, entre gente con baja satisfacción, los individuos que no realizarían dietas en el futuro son quienes más conocimiento poseen. El conocimiento, en consecuencia, si se relaciona con la disposición a realizar o no dietas.

Tabla 10

Diferencias de conocimiento entre las tres categorías de dietas en personas con baja SC

		Baja satisfacción corporal		
		No dieta futuro	Si dieta futuro/no dieta pasado	Si dieta futuro/si dieta pasado
Baja satisfacción corporal	No dieta futuro		0,001*	0,01*
	Si dieta futuro/no dieta pasado	0,001*		0,82
	Si dieta futuro/si dieta pasado	0,01*	0,82	

*Datos significativos a un nivel de significación del 95%

6. Discusión y conclusiones:

Respecto al primer objetivo, se puede inferir que la SC es una variable muy correlacionada con la dieta en todas sus categorías. Sin embargo, en el conocimiento no todos los niveles de dietas se encuentran relacionados con esta variable, afirmándose así la hipótesis propuesta. Los que no harían dieta tienen un conocimiento significativamente superior a los que no las han hecho y si las harían. No obstante, los últimos tienen menor conocimiento que aquellos que las han hecho y si las volverían a hacer. Resulta llamativo que el grupo de personas que no harían dieta y el formado por aquellas que si la harían en el futuro y que también las han hecho en el pasado no difieren en conocimiento. Esto puede deberse a que los participantes que ya han hecho dietas han buscado información en el momento de realizarlas o han comprobado ciertas consecuencias de estas, por lo que su conocimiento es alto, como el que poseen aquellas personas que no estarían dispuestas a someterse a algún tipo de dieta. No obstante, es importante notar que, entre los primeros, aquellos que han hecho dieta en el pasado y la volverían a hacer en el futuro, las preguntas del cuestionario que tratan sobre el aumento de la mortalidad que producen estos hábitos alimentarios (pregunta 61 y 64 del cuestionario) la media de su respuesta es de 2,27 frente al 3,02 de los que no estarían dispuestos a efectuar dietas. Esto puede ser una razón por la cual individuos que tienen un alto conocimiento o por lo menos un conocimiento similar a los que no están dispuestos a realizar dieta, sigan queriendo someterse a algún tipo de régimen alimentario. Dicha información es relevante a la hora de diseñar el programa, ya que se puede inferir la necesidad de incidir en un conocimiento que recalque los perjuicios realmente nocivos de los hábitos restrictivos alimentarios.

En cuanto al segundo objetivo, empezando por el sexo se puede concluir que, efectivamente existe una relación con hacer dietas, aunque no con estar dispuesto a hacerlas. Las mujeres son las que más conductas alimentarias restrictivas llevan a cabo. Igualmente, estas son las que más insatisfechas están y más conocimiento poseen. Todo esto cumple las hipótesis propuestas. Como se expone en el marco teórico, el contexto cultural influye en la satisfacción corporal (esta variable se relaciona más con hacer dietas que el conocimiento). Dentro de este encontramos normalmente roles marcados de sexo. Por tanto, en el momento de diseñar el programa de prevención sería interesante plantear y reflejar esta cuestión.

Con respecto al IMC, se observa que aquel grupo que ha hecho y volvería a hacer dieta es claramente el que mayor IMC tiene, muy cercano al sobrepeso. Sin embargo, aquellas personas que no han realizado dietas su IMC se encuadran dentro del normopeso. De este modo, no se diferencian en su IMC aquellos que no hacen o han hecho dieta, independientemente si en el futuro la quieren o no hacer. Para entender mejor estas

Conclusiones se observa la correlación existente entre el IMC y la insatisfacción. Se infiere que, a mayor IMC, mayor insatisfacción. Los participantes que se encuadran en el grupo que han hecho dieta y las volverían a hacer, son también las personas que mayor IMC poseen, por lo que es lógico suponer que son, además, los que acaban teniendo una mayor insatisfacción, y se diferencian de los demás grupos. Del mismo modo, las personas con mayor IMC son las que menor conocimiento poseen. Se cumplen las hipótesis propuestas para la relación del IMC con SC y con dietas, pero no para el conocimiento. La hipótesis suponía que no iba a existir dicha relación, no obstante, aparece una correlación negativa. Por esto, al realizar el programa es importante incidir en la promoción de la satisfacción corporal en personas con IMC altos, o por lo menos más altos que el resto, ya que son los más propensos a sufrir insatisfacción por sus cuerpos y por tanto a realizar dietas. También es importante trabajar el conocimiento en estas personas, viendo que se relacionan.

En lo que concierne a la edad, se observa que a mayor edad menor probabilidad de efectuar dietas. Si bien, en el momento de diseñar el programa, se cree que es más relevante observar cómo la edad se relaciona con la SC, ya que esta última variable es la que más se relaciona con las dietas. Se percibe que a medida que aumenta la edad de los participantes, estos poseen una menor insatisfacción corporal. Esto cumple la hipótesis propuesta. Se piensa, por ende, que el programa podría dirigirse a los más jóvenes. Igualmente, y como se comentará en las limitaciones del presente trabajo, estos datos no son del todo fiables debido a que la gran mayoría de muestra, el 75,57%, se encuentra entre los 18 y los 30 años, por lo que prácticamente la totalidad de esta se puede considerar joven. No se detecta interacción entre el conocimiento y la edad.

En el tercer objetivo, respecto a los participantes con alta satisfacción, se observa que aquellos que no harían dietas tienen un conocimiento mayor que los que si las harían pero no las han hecho. Además, es claro que no hay diferencias en el conocimiento de los que si han hecho dietas y las volverían a hacer y los que no las harían. Así pues, al instaurar un programa de intervención, centrarnos en el conocimiento no implica que personas con alta satisfacción dejen de hacer dietas, si ya las están haciendo o las han hecho. Por el contrario, pudiera ocurrir que mejorar el conocimiento permitiera que individuos que si las harían pero no las han hecho, no quisiesen hacer dietas a largo plazo, dado que se observa que entre estos si hay diferencias de conocimiento. No obstante, sigue siendo una incógnita la razón por la cual gente con alta satisfacción y un conocimiento en la media, hace o ha hecho dietas. Se puede comprobar que, en relación con las cuestiones relativas a las consecuencias mortales de las dietas (preguntas 61 o 64 del cuestionario), la media de respuestas en el grupo que si haría dietas en el futuro y si las

ha hecho y alta satisfacción se acerca al desacuerdo (respuesta incorrecta), mientras que el que no las harían en el futuro, es conocedor de este tipo de consecuencias. Otro motivo sería un cambio en su SC, de baja a alta, y que las dietas las hubieran realizado en el periodo anterior de baja SC.

Dentro del grupo con moderada satisfacción no se encuentran diferencias en el conocimiento, por lo que no se relaciona este con dieta. Realmente se incluyen en este grupo gente con una satisfacción corporal situada en la media, de forma que, teniendo en cuenta que la insatisfacción se relaciona mucho con hacer dietas, se pueden encontrar dentro de este grupo individuos muy heterogéneos. Por ejemplo, puede existir participantes que estén muy cerca de puntuar en alta satisfacción, o al contrario con los de baja satisfacción. Todos ellos van a tener un conocimiento, que aunque individualmente sea muy dispar, al calcular la media va a tender a ser un conocimiento medio. Por esta razón va a ser difícil encontrar diferencia de medias en el conocimiento entre los diferentes grupos.

Como se refleja en los resultados, el grupo con baja satisfacción es el más llamativo. Cabe destacar la elevada media de conocimiento que tienen las personas con baja SC que no harían dieta en el futuro. Estos difieren en su conocimiento tanto de los participantes que si las harían y si las han hecho como de los que si las harían, pero no las han hecho. Es relevante percatarse que en el primer objetivo la SC correlaciona en gran medida con dietas (a menor SC, mayor probabilidad de hacer dieta). Si bien, encontramos muestra con baja SC que si haría dietas en el futuro, pero ni las han hecho ni las hacen actualmente. Se trata de solo 30 participantes. Esto puede ser debido a que SC y dietas no correlacionan de manera perfecta. Otra causa podría ser un cambio en su SC. Además, como se expondrá en las limitaciones, puede haber diferencias en lo que se entiende por hacer dietas. Estos resultados confirman las hipótesis: existen mayores diferencias de conocimiento entre las personas que realizan dietas y no, y entre los que están dispuestos a hacerlas y no, en los participantes con baja SC, que en los de alta SC. Teniendo los de baja SC un mayor conocimiento los que no realizan dietas que los que pertenecen al mismo grupo pero que poseen alta SC.

En definitiva, se deduce lo siguiente: dentro del grupo de alta satisfacción, el conocimiento es considerablemente inferior en aquellas personas que si realizarían una dieta en el futuro, pero no la han realizado todavía. No obstante, no hay diferencias en conocimiento entre los que no las harían en el futuro y los que si las harían y si las han hecho. Las razones las podríamos encontrar en la necesidad de incluir otra variable que explicara las diferencias entre estos dos grupos, o bien en el hecho de que quien hace dietas parece tener

conocimientos sobre ellas, pero subestima su mortalidad. En cuanto al conjunto de individuos con satisfacción baja, el conocimiento es significativamente superior en los individuos que no están dispuestos a realizar dieta en el futuro, mostrando la necesidad de un conocimiento excesivamente alto para no hacer dietas más adelante. Estos participantes poseen un mayor conocimiento en comparación con el resto de los grupos. Por lo que sería realmente la SC la variable que más relaciona con dieta y no el conocimiento, aunque este también lo haga, pero en menor medida.

Para concretar más, las personas con baja SC necesitan un conocimiento muy alto para no realizar dietas, sin embargo, los de alta SC, aunque necesiten un alto conocimiento para no llevar a cabo estos regímenes, no es necesario que sea tan superior como en el primer grupo. Esto apoya la hipótesis de que la SC se asocia más con las dietas, pero no excluye al conocimiento como variable importante en la decisión de seguir algún tipo de hábito restrictivo alimentario. Por lo tanto, ambas variables deberían tenerse en cuenta en un programa de prevención, aunque sería más eficaz aumentar las sesiones propuestas para mejorar o mantener una buena SC. Del mismo modo, sería recomendable realizar dos tipos de programas respecto a la SC obtenida en una evaluación previa imprescindible. Así, en el grupo de alta satisfacción podrían reducirse las sesiones del programa total, ya que no se necesitaría una intervención minuciosa para mejorar la SC. En el grupo con baja SC, se incidiría en la SC y se reducirían sesiones sobre el conocimiento. Este se abordaría desde la calidad y no la cantidad, enfatizando los peligros de hacer dietas y no tanto el conocimiento nutricional.

En el presente trabajo existen ciertas limitaciones. La primera, al tratarse de un trabajo ligado a la psicología y a la nutrición, sería conveniente haber realizado la encuesta ad hoc junto a un nutricionista. No obstante, esta prueba se ha diseñado bajo base científica contrastada como se observa en el anexo 3. Otra limitación propia del estudio es que, al tratarse de un trabajo correlacional, donde no se infieren relaciones de causalidad, las relaciones descritas no presentan tanto potencial como las que muestran causa-efecto. Una nueva dificultad hallada se basa en el hecho de no haber explicado a los participantes qué se entiende por dieta restrictiva. Esto se ilustra en los 30 participantes con baja SC que no hacen o han hecho dieta pero que si la harían más adelante si quisiesen perder peso. Llama la atención ya que la insatisfacción está altamente relacionada con hacer dietas. Además, no se sabe el motivo que lleva a personas que quieren en el presente bajar de peso a no hacer dietas, pero en el futuro con la misma razón si las harían. Se ha concluido que puede que estas personas no hayan entendido la definición de hacer dietas como la implementación de una nueva conducta alimentaria donde se ingieren menos calorías que aquellas que se ingieren habitualmente, en un periodo más o menos estable

de tiempo. Se cree que estos participantes entienden por hacer dieta aquella diseñada por algún profesional exclusivamente, por ejemplo. Una última dificultad es que los resultados correspondientes a la edad están analizados en una muestra mayoritariamente de jóvenes, aunque en el análisis de datos se hayan eliminado los outliers. Esto dificulta la generabilidad de los datos en el diseño del programa. Así, tampoco se observa de manera correcta como varían las relaciones entre las variables principales y los diferentes grupos de edad.

Como prospectiva del trabajo sería fundamental realizar un estudio experimental con las tres variables de nuevo, para poder dilucidar, cuál de las dos variables, SC o conocimiento, influyen más al realizar una dieta. De la misma manera, sería conveniente estudiar por qué las personas con alta satisfacción corporal y con conocimiento medio hacen dietas. Esto podría revelar más razones por las que las personas empiezan a efectuar regímenes alimentarios. En este estudio se plantea la cuestión del desconocimiento de las consecuencias realmente graves, como es el aumento de la mortalidad al realizar dietas. Sin embargo, esta conclusión no está clara y sería conveniente analizarla en mayor profundidad. Igualmente, se piensa que sería provechoso repetir el estudio con más muestra de participantes varones, y así realizar un análisis comparativo entre sexos. Como apunta la bibliografía, el sexo es una de las variables que más influye en la SC y en las dietas. Por último, sería idóneo realizar este mismo estudio con menores de edad, para poder implantar el programa diseñado a través de los análisis efectuados en la investigación, en centros educativos.

La conclusión global del presente estudio expone que existen diferencias en la relación entre el conocimiento y la realización de dietas, dependiendo de si los participantes tienen baja o alta satisfacción. Los de baja SC y que no harían dietas en el futuro obtienen puntuaciones muy altas en conocimiento respecto a cualquier otro tipo de participante. En los individuos con alta satisfacción no hay una diferencia de conocimiento tan amplia en personas que no harían dieta. Por lo que a la hora de diseñar un programa de prevención sobre dietas restrictivas sería ventajoso en primer lugar evaluar la SC de los participantes y en segundo, implantar un programa diferente para personas con baja y alta SC. Como anteriormente se planteó, se deberá dedicar un programa más amplio a aquellas personas con baja SC, centrando el mayor número de sesiones a tratar esta cuestión, y menor número de sesiones al conocimiento sobre los prejuicios de las dietas y no tanto al nutricional en sí. Sería relevante del mismo modo, que se reflejara la importancia de los roles del sexo femenino en el padecimiento de una baja SC. Por el contrario, el programa dirigido a personas con mayor SC será más breve, y en las sesiones se deberá dar prioridad de igual modo a la SC, pero en este caso se tendrá un enfoque más de mantenimiento de esta. El conocimiento, aunque se relaciona con no hacer dietas, no es tan

relevante como en el caso de las personas con baja SC. Se aconseja incluirlo en el programa, aunque no como una parte fundamental de este, y siempre enfocado a los prejuicios y mitos sobre las consecuencias de las dietas restrictivas.

7. Referencias:

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., y Ferri, N. L. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*.
- Altabe, M. (1998). Ethnicity and body image: Quantitative and qualitative analysis. *International Journal of Eating Disorders, 23*(2), 153-159.
- Alves, D. A., Regidor, N. H., Baraño, N. B., Pablo, A. M. R., y Izaga, M. A. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición, 59*(4), 239-245.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Amigo Vázquez, I., (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Amigo Vázquez, I., Rodríguez, C. F., Noriega, E. R., y Santamarta, A. R. (2005). Creencias sobre las estrategias para el control del peso. *Psicothema, 17*(3), 418-421.
- Andrés, A., y Saldaña, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research, 34*(11), 944-950.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., y Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(8), 1024-1037.
- Austin, S. B., Haines, J., y Veugelers, P. J. (2009). Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC public health, 9*(1), 313.
- Baile JI, Guillén F, y Garrido, E. (2002) Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Int J Clin Health Psicol. 2*(3), 439-450.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martínez, E., y Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence, 35*(2), 217-229.
- Behar, R., Vargas, C., y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49*(1), 26-36.

- Benas, J. S., y Gibb, B. E. (2007). Peer victimization and depressive symptoms: The role of body dissatisfaction and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 107.
- Bhurtun, D. D., y Jeewon, R. (2013). Body weight perception and weight control practices among teenagers. *ISRN nutrition*, 2013.
- Bosch, X. (1999). Spain tackles eating disorders. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7189), 960.
- Brody, J. (1982). New Dieting theory's delicate balance. *The New York Times*, p. Sección C página 1. Recuperado desde <https://www.nytimes.com/1982/05/19/garden/new-dieting-theory-s-delicate-balance.html?auth=link-dismiss-google1tap>
- Canpolat, B. I., Orsel, S., Akdemir, A., y Ozbay, M. H. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 150-155.
- Cantus, D. S., y Juan, S. A. (2016). Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 9(2), 31-42.
- Carlson Jones, D. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Developmental psychology*, 40(5), 823.
- Cash, T. F., y Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex roles*, 33(1-2), 19-28.
- Castejón Martínez, M., Berengüí Gil, R., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr. clín. diet. hosp*, 36(1), 54-63.
- Castillo, M. D., León, M. T., y Naranjo, J. A. (2001). Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina General*, 33, 346-350.
- CIS (2008). Motivo del seguimiento de una dieta o régimen alimentario.
- CIS (2008). Seguimiento de régimen o dieta alimentaria.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Cooper, P.J. y Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.

- Damhorst, M. L., Littrell, J. M., y Littrell, M. A. (1987). Age differences in adolescent body satisfaction. *The journal of psychology*, 121(6), 553-562.
- Demirci, N., Demirci, P. T., y Demirci, E. (2018). The Effects of Eating Habits, Physical Activity, Nutrition Knowledge and Self-Efficacy Levels on Obesity. *Universal Journal of Educational Research*, 6(7), 1424-1430.
- Dissen, A. R., Policastro, P., Quick, V., y Byrd-Bredbenner, C. (2011). Interrelationships among nutrition knowledge, attitudes, behaviors and body satisfaction. *Health education*, 111(4), 283-295.
- Ducrot, P., Méjean, C., Aroumougame, V., Ibanez, G., Allès, B., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., y Péneau, S. (2017). Meal planning is associated with food variety, diet quality and body weight status in a large sample of French adults. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 12.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., y Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 521-527.
- Erdenebileg, Z., Park, S. H., y Chang, K. J. (2018). Comparison of body image perception, nutrition knowledge, dietary attitudes, and dietary habits between Korean and Mongolian college students. *Nutrition research and practice*, 12(2), 149-159.
- Espina A., Ortego M. A., Ochoa I., Aleman A., Juaniz M. (2002) Body shape and eating disorders in a simple of students in the basque country: a pilot study. *Psych Spain*, 2(3), 439-450.
- Fernández, L. G., y Azofeifa, E. G. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Pensar en movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5(1), 9-18.
- Frederick, D. A., Forbes, G. B., Grigorian, K. E., y Jarcho, J. M. (2007). The UCLA Body Project I: Gender and ethnic differences in self-objectification and body satisfaction among 2,206 undergraduates. *Sex Roles*, 57(5-6), 317-327.
- García, M. V. A., y Gómez-Peresmitré, G. G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Germov, J., y Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27(2), 97-108.

- Gómez Martínez, M. A. (2007). *Bulimia*. Madrid, España: Síntesis.
- Gómez, D. M., y Núñez, O. V. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 7(27), 253-264.
- González, M., Werner, E. P., Gutiérrez, T., y Raich, R. M. (2011). Importancia de los conocimientos en nutrición sobre las actitudes alimentarias, dieta e IMC en adolescentes escolarizados: un seguimiento a 30 meses. *Trauma*, 22(2), 130-136.
- Grosso, G., Mistretta, A., Turconi, G., Cena, H., Roggi, C., y Galvano, F. (2013). Nutrition knowledge and other determinants of food intake and lifestyle habits in children and young adolescents living in a rural area of Sicily, South Italy. *Public health nutrition*, 16(10), 1827-1836.
- Gruber, A. J., Pope Jr, H. G., Lalonde, J. K., y Hudson, J. I. (2001). Why do young women diet? The roles of body fat, body perception, and body ideal. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(8), 609-611.
- Ha, S. A., Lee, S. Y., Kim, K. A., Seo, J. S., Sohn, C. M., Park, H. R., y Kim, K. W. (2016). Eating habits, physical activity, nutrition knowledge, and self-efficacy by obesity status in upper-grade elementary school students. *Nutrition research and practice*, 10(6), 597-605.
- Harris, R. B. (1990). Role of set-point theory in regulation of body weight. *The FASEB Journal*, 4(15), 3310-3318.
- Hernández, A. A., Rayón, G. L. A., y Díaz, J. M. M. (2010). Body dissatisfaction in interaction with self-esteem, peer influence and dietary restraint: A systematic review. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1(1), 76-89.
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez: actitudes y dieta. *Nutrición hospitalaria*, 27(4), 1148-1155.
- Hilker, I., Flamarique, I., y Caballero, M. (2019). Factores de riesgo | Hospital Clínic Barcelona. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, desde <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>
- Holsen, I., Jones, D. C., y Birkeland, M. S. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body image*, 9(2), 201-208.

- Holsen, I., Jones, D. C., y Birkeland, M. S. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body image*, 9(2), 201-208.
- Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. (2019). El 80% de los hombres adultos del Estado presentará obesidad o sobrepeso el año 2030 - Noticias - IMIM Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Recuperado el 22 de noviembre de 2019, desde <https://www.imim.es/noticias/663/el-80-de-los-hombres-adultos-del-estado-presentara-obesidad-o-sobrepeso-el-ano-2030>
- Hutchinson, D. M., y Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1557-1577.
- Hyun, H., Lee, H., Ro, Y., Gray, H. L., y Song, K. (2017). Body image, weight management behavior, nutritional knowledge and dietary habits in high school boys in Korea and China. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 26(5), 923.
- INFOCOP (2019). Integrando los programas de prevención de las alteraciones del comportamiento alimentario. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3435
- Jwa, H. J., y Chae, I. S. (2008). Body shape satisfaction, nutrition knowledge, dietary habits, and weight control attitude of Korean high school students. *Journal of the Korean Society of Food Culture*, 23(6), 820-833.
- Kersting, M., Sichert-Hellert, W., Vereecken, C. A., Diehl, J., Beghin, L., De Henauw, S., Grammatikati, E., Manios, Y., Mesana, M. I., Papadaki, A., Phillipp, K., Plade, M., Poortvliet, E., y Sette, E. (2008). Food and nutrient intake, nutritional knowledge and diet-related attitudes in European adolescents. *International journal of obesity*, 32(S5), S35.
- Kim, I. S., Yu, H. H., y Han, H. S. (2002). Effects of nutrition knowledge, dietary attitude, dietary habits and life style on the health of college students in the Chungnam area. *Korean J Community Nutr*, 7(1), 45.
- Kim, K. W., y Shin, E. M. (2002). A study on nutrition knowledge, nutritional attitudes, dietary behavior and dietary intake by weight control attempt among middle school female students. *Korean J Community Nutr*, 7(1), 23.

- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M. Á., y Cervera-Enguix, S. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry, 20*(2), 179-185.
- Lawler, M. y Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence, 40*(1), 59-71.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología, 30*(3), 1151-1169.
- López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1), 85-97.
- López, E., Blix, G. G., y Blix, A. G. (1995). Body image of Latinas compared to body image of non-Latina White women. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion, 19*(6), 3-10.
- López, I. (2017). *Factores de riesgo y vulnerabilidad en TCA* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Jaén, Jaén.
- Mabe, A. G., Forney, K. J., y Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders, 47*(5), 516-523.
- Madrid, H. M., Pombo, M. G., y Otero, A. G. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema, 13*(4), 539-545.
- Marcos Revuelta, S. (2019). Nuevas tendencias alimentarias: vegetarianismo y ortorexia nerviosa (Trabajo Fin de Grado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Martín Criado, E. (2007). El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Revista Española de Salud Pública, 81*(5), 519-528.
- McCabe, M., y Ricciardelli, L. (2001). Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence, 36*(142), 225-240.
- Medina, L. (2009). Ortorexia: de sana inquietud a patología. *Metas de Enfermería, 12*(6), 14-19.

- Ministerio de Sanidad y consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona.
- Morandé, G., Graell, M., y Blanco, M. A. (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En J. Plumed y L. Rojo. *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral* (pp. 27-33). Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- Moreno, D. C., Montaña, I. L., Prieto, G. A., y Pérez-Acosta, A. M. (2015). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 15-23.
- Mostafavi-Darani, F., Daniali, S. S., y Azadbakht, L. (2013). Relationship of body satisfaction, with nutrition and weight control behaviors in women. *International journal of preventive medicine*, 4(4), 467.
- Mulasi-Pokhriyal, U., y Smith, C. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction/dissatisfaction among Hmong American children 9–18 years of age using mixed methodology. *Body Image*, 7(4), 341-348.
- Murray, T., y Lewis, V. (2014). Gender-role conflict and men's body satisfaction: The moderating role of age. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 40.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., y Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of adolescent health*, 39(2), 244-251.
- Olesti-Baiges, M., Martín-Vergara, N., Riera-Solé, A., De la Fuente-García, M., Bofarull-Bosch, J. M., Ricomá-de Castellarnau, G., y Moreso, J. L. P. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería clínica*, 17(2), 78-84.
- OMS (2018). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 4 de diciembre del 2019, desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortega, R. M. (2007). *Nutrición femenina. Desde la infancia a la edad avanzada*. Madrid: Ergon.
- Otero, M. (2008). Mitos alimentarios en el descenso de peso en mujeres de 20 a 40 años (Trabajo fin de graduación de licenciatura). Universidad F.A.S.T.A., Buenos aires.
- Palomino Floriano, A. A. (2018). Adaptación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en jóvenes varones universitarios de Lima Metropolitana (Tesis de licenciatura en psicología). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.

- Parra Fernández, M. (2018). Riesgo de ortorexia: adaptación y validación al español de cuestionario (ortho 15) (Doctorado). Universidad de Castilla- La Mancha, Ciudad Real.
- Peláez, M. A., Raich, R. M., y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Perron, M., y Endres, J. (1985). Knowledge, attitudes, and dietary practices of female athletes. *Journal of the American Dietetic Association*, 85(5), 573-576.
- Pingitore, R., Spring, B., y Garfieldt, D. (1997). Gender differences in body satisfaction. *Obesity research*, 5(5), 402-409.
- Platas, S., Gómez-Peresmitré, G., y León, R. (2014). Imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria. In G. Gómez-Peresmitré, *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal* (1st ed., pp. 46-72). México, D. F.: Fénix.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., y Shepherd, R. (1998). Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. *Health Education Research*, 13(2), 171-183.
- Raich RM., Mora M., Soler A., Clos I. y Zapater L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7 (1), 51-66.
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L., y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(1), 42-50.
- Reddingius, J. (1980). Control theory and the dynamics of body weight. *Physiology & behavior*, 24(1), 27-32.
- NEDA. (2019). Risk Factors. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, desde <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>
- Robinson, T.N., Killen, J.D., Litt, I.F., Hammer, L.D., Wilson, D.M., Haydel, K.F., Hayward, C., y Taylor, C.B. (1996). Ethnicity and body dissatisfaction: Are hispanic and asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health*, 19 (6), 384-393.
- Rodríguez Cabrero, M., García Aparicio, A., Salinero, J. J., Pérez González, B., Sánchez Fernández, J. J., Gracia, R., Robledo, S., y Ibáñez Moreno, R. (2012). Calidad de la dieta y su relación con el IMC y el sexo en adolescentes. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(2), 21-27.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.

- Salvador, M., García-Gálvez, C., y de la Fuente, M. (2015). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2).
- Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Martínez, G., Ytelina, E., Noriega, A., Zelonka, R., Garza, M., y Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1082-1088.
- Sealey-Potts, C., Hougen, K., Ferriola, C., y Linehan, D. (2009). Nutrition Knowledge, Body Satisfaction and Dietary Intake of College Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), A24.
- Song, K., Hyun, H., Ro, Y., y Lee, H. (2015). Comparative Study on Body Image, Nutritional Knowledge and Dietary Habit Between Korean and Chinese Male High School Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(4), S32.
- Sonneville, K. R., Calzo, J. P., Horton, N. J., Haines, J., Austin, S. B., y Field, A. E. (2012). Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *International journal of obesity*, 36(7), 944.
- Swami, V., Begum, S., y Petrides, K. V. (2010). Associations between trait emotional intelligence, actual-ideal weight discrepancy, and positive body image. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 485-489.
- Tiggemann, M., y McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body image*, 10(4), 624-627.
- Tinahones, F. J. (2003). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.
- Valverde, P. R., De Los Santos, F. R., y Rodríguez, C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Vandereycken, W., y Noodernbos, G. (2000). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona, España. Buenos Aires, Argentina. México D. F., México. Santiago, Chile. Montevideo, Uruguay: Granica S.A.

- Vázquez Arévalo, R., Galán Julio, J., López Aguilar, X., Alvarez Rayón, G. L., Mancilla Díaz, J. M., Caballero Romo, A., y Unikel Santoncini, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 42-52.
- Vincent, M. A., y McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
- Wax, E., y The Brooklyn Hospital Center. (2019). Mitos y realidades sobre las dietas: MedlinePlus enciclopedia médica. Recuperado el 5 de noviembre de 2019, desde <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000895.htm>
- Weinsier, R. L., Nagy, T. R., Hunter, G. R., Darnell, B. E., Hensrud, D. D., y Weiss, H. L. (2000). Do adaptive changes in metabolic rate favor weight regain in weight-reduced individuals? An examination of the set-point theory. *The American journal of clinical nutrition*, 72(5), 1088-1094.
- Wirtshafter, D., y Davis, J. D. (1977). Set points, settling points, and the control of body weight. *Physiology & behavior*, 19(1), 75-78.
- Worsley, A. (2002). Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour?. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 11, S579-S585.
- Yeon, J., Shin, K., Lee, S., Lee, H., Kang, B., y Park, H. (2013). A Study on Dietary Habits, Body Satisfaction and Nutritional Knowledge by Body Image of Middle School Girl Students in Chungbuk Area. *Korean J Community Nutr*, 18(5), 442-456.

8. Anexos:

8.1. Anexo 1: Cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire)

A continuación, podrá responder a una serie de preguntas de manera anónima y voluntaria. Se trata de un breve cuestionario. Contesta respecto a cómo te has sentido respecto a tu figura en las últimas 4 semanas. Gracias por su esfuerzo.

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Alguna vez.
4. A menudo.
5. Muy a menudo.
6. Siempre.

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	
6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	
9. Estar con chico/as delgado/as, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	
11. El hecho de comer incluso poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?	
12. Al fijarte en la figura de otro/as chico/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?	
14. Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?	
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	
20. ¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?	
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	

24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?	
25. ¿Has pensado que no es justo que otro/as chico/as sean más delgado/as que tú?	
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	
32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	

8.2. Anexo 2: Cuestionario demográfico y falsas creencias sobre la dieta.

35. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

36. Sexo (marque con una x):

Mujer	
Hombre	

37. Peso (en Kg):

38. Altura (en cm):

39. ¿Tienes algún diagnóstico de TCA (trastorno de la conducta alimentaria. Ej. anorexia o bulimia)?

Sí	
No	

40. ¿Haces o has hecho alguna vez algún tipo de dieta para bajar de peso?

Sí	
No	

41. En caso negativo, ¿has pensado alguna vez en hacerla?

Sí	
No	

42. ¿Realizarías en el futuro algún tipo de dieta, si quisieses perder peso?

Sí	
No	

A continuación, aparecerán una serie de afirmaciones relacionadas con conocimiento nutricional. Debería contestar respecto al grado de acuerdo que se encuentra con las afirmaciones:

1. Totalmente de acuerdo.
2. Moderadamente de acuerdo.
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
4. Moderadamente en desacuerdo.
5. Totalmente en desacuerdo.

1. Consumiendo la misma cantidad de calorías, aunque la comida sea diferente, engordas igual.	
2. Cambiar el orden de las comidas influye en la ganancia o en la pérdida de peso.	
3. Dos personas que realicen la misma dieta y el mismo ejercicio físico adelgazarán de igual manera.	
4. Beber excesivamente agua, hace que aumentes más tu peso.	
5. Hacer la misma dieta, durante mucho tiempo, te hace perder peso durante todo ese periodo.	
6. Frutas como el plátano y el aguacate engordan, mientras que frutas cítricas (limón, pomelo) adelgazan.	
7. Los cambios de humor al hacer dieta afectan a la ganancia de peso cuando abandonas esa dieta.	
8. La comida sin gluten engorda menos que la que tiene gluten.	
9. Al dejar la dieta, mantienes el peso logrado.	
10. Realizar una dieta restrictiva, facilita ganar peso.	
11. Las dietas hipocalóricas producen un efecto suelo (llega un punto donde no puedes bajar más peso con la misma dieta).	
12. Hacer dieta cambia tu metabolismo.	
13. Los productos light o diet, engordan menos que los tradicionales.	
14. Saltarse comidas hace que adelgaces.	

15. Las dietas que se basan en comer un único alimento hacen que pierdas peso a largo plazo.	
16. Una persona obesa, llevando una dieta muy estricta, puede bajar mucho de peso en poco tiempo.	
17. Una persona obesa necesita comer mucho para engordar.	
18. El sobrepeso moderado estable es más peligroso que las fluctuaciones de peso.	
19. Las dietas aumentan tu mortalidad.	
20. Las personas que suelen mantener un peso normal-bajo son las que más dietas han realizado.	
21. Al realizar una dieta, la pérdida de peso al principio de esta se debe a la pérdida de grasa.	
22. Pérdidas mayores de aproximadamente 5 kg aumentan la mortalidad.	
23. Las dietas no están relacionadas con los atracones.	

8.3. Anexo 3: Corrección del cuestionario sobre el conocimiento de las dietas.

Tabla 11

Bibliografía y corrección de la prueba de conocimiento.

Número de ítem	Respuesta correcta	Bibliografía
1	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
2	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Castillo, León, y Naranjo, 2001)
3	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
4	Totalmente en desacuerdo	(Castillo et al., 2001)
5	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019) (Wirshafter y Davis, 1977)
6	Totalmente en desacuerdo	(Castillo et al., 2001)
7	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
8	Totalmente en desacuerdo	(Otero, 2008)
9	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019)

		(Wirshafter y Davis, 1977)
10	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019) (Wirshafter y Davis, 1977)
11	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
12	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
13	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Castillo et al., 2001)
14	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019) (Wirshafter y Davis, 1977)
15	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Amigo Vázquez, Rodríguez, Noriega, y Santamarta, 2005)
16	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019) (Wirshafter y Davis, 1977)
17	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012) (Brody, 1982) (Reddingius, 1980) (Wax y The Brooklyn Hospital Center, 2019) (Wirshafter y Davis, 1977)
18	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
19	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
20	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
21	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
22	Totalmente de acuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)
23	Totalmente en desacuerdo	(Amigo Vázquez, 2012)

8.4. Anexo 4: Agrupación del IMC según la OMS (2018):

Tabla 12

Clasificación del IMC

Infrapeso	<18.5
Intervalo normal	18.5-24.9
Sobrepeso	≥25.0
Preobesidad	25.0-29.9
Obesidad	≥30.0

Obesidad de clase 1	30.0-34.9
Obesidad de clase 2	35.0-39.9
Obesidad de clase 3	≥40.0

(OMS, 2018)

8.5. Anexo 5. Estadísticas del CIS (2008):

Tabla 13

Relación entre realización de dietas y edad del entrevistado.

Realización de dietas	TOTAL	Edad del entrevistado			
		De 15 a 18 años	De 19 a 21 años	De 22 a 25 años	De 26 a 29 años
Sí	11,7	8,7	10,4	12,7	13,3
No	88,1	91	89,2	87	86,5
N.C.	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2
(N)	1442	289	279	409	465

(CIS, 2008).

Tabla 14

Relación entre realización de dietas y peso corporal.

Realización de dietas	TOTAL	Peso corporal personal							
		Hasta 60 kg	Entre 61 y 65 kg	Entre 66 y 70 kg	Entre 71 y 75 kg	Entre 76 y 80 kg	Más de 80 kg	N.S.	N.C.
Sí	11,7	7,3	10	10,7	17,6	15,1	17,3	12,8	33,3
No	88,1	92,7	89	89,3	82,4	84,9	82,7	84,6	33,3
N.C.	0,3	0	1	0	0	0	0	2,6	33,3
(N)	1442	507	200	187	170	139	197	39	3

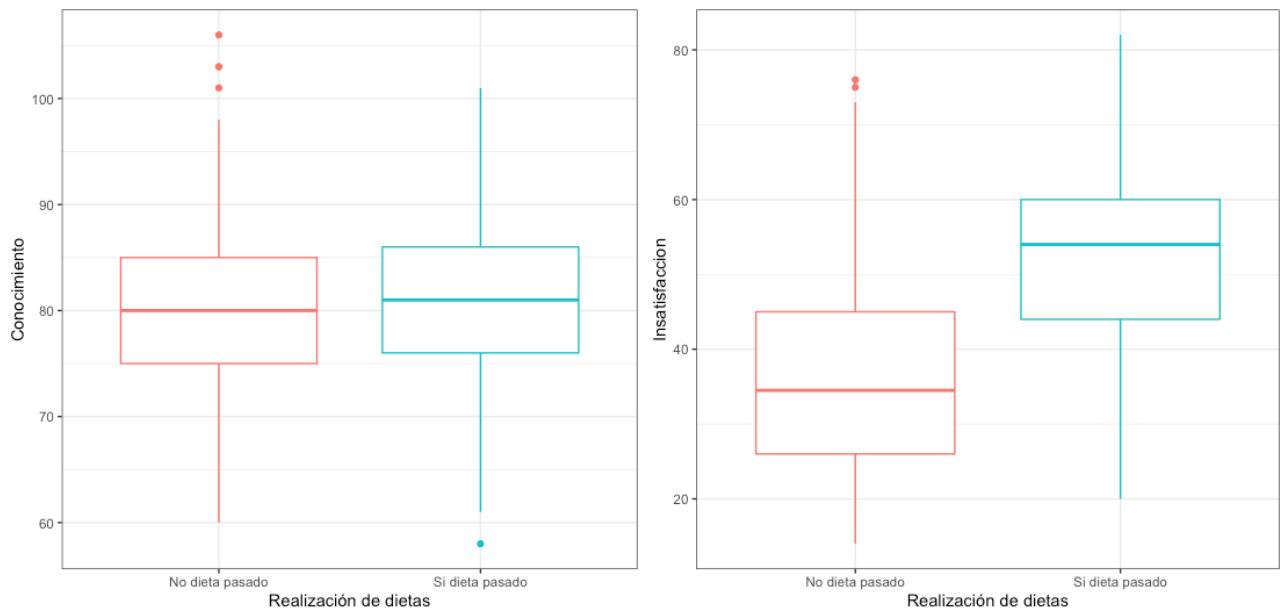
(CIS, 2008).

8.6. Anexo 6: Definición de la variable dieta:

Considerando la variable dieta como dicotómica con dos niveles: hace o ha hecho dieta y no hace o no ha dieta (pregunta 40, anexo 2) se ve en la Figura 4, usando un diagrama de cajas, que apenas existen diferencias de conocimiento entre quienes no han hecho dietas y quienes han hecho dietas. Todo lo contrario, ocurre con la insatisfacción, mostrándose el segundo grupo

mucho más insatisfecho. En cuanto a normalidad, el test de Kolmogorov Smirnov no rechaza la hipótesis nula de normalidad para las muestras independientes de realización ($p = .25$) y no realización de dietas ($p = .12$) en el conocimiento, pero sí lo rechaza en el caso de la insatisfacción con p valores de 0,0001 para no realización de dietas y de 0,006 para la realización.

Figura 4. Distribución del conocimiento y de la insatisfacción entre los que hacen o han hecho dieta y los que no.



La prueba T de Student rechaza a un nivel de significación del 95 % que el conocimiento entre quienes han hecho dietas y quienes no, sea diferente, obteniéndose un p -valor de 0,07. Una primera conclusión sería que el conocimiento no relaciona con la realización de dietas. En cuanto a la insatisfacción, la prueba U de Mann-Whitney, rechaza con un p -valor de $2,2e-16$ que no existan diferencias de medias en insatisfacción entre quien ha hecho y quien no ha hecho dietas. En este caso, podríamos advertir que la insatisfacción sí relaciona con las de dietas. No obstante, estas conclusiones se encuentran sesgadas debido a que dentro de quien no hace o no ha hecho dieta se ha incluido a aquellas personas que, a pesar de nunca haber realizado una dieta, si estarían dispuestos a hacerla en caso de querer perder peso (pregunta 42, ver anexo 2). Es plausible suponer que dentro del grupo que haría dieta el conocimiento sobre los perjuicios de estas sea reducido mientras que su satisfacción corporal sea elevada. De esta forma, la alta satisfacción, o al menos la no baja satisfacción, explica que estos individuos no hayan hecho dietas. Es lógico suponer que, si estás satisfecho con tu cuerpo y estarías dispuesto a hacer dietas, tu conocimiento sobre las consecuencias negativas de estas sea bajo. En conclusión, al

mezclar dentro del mismo grupo individuos con un conocimiento bajo (quienes harían dietas pero no han hecho) e individuos con un conocimiento medio o elevado (quienes no harían dietas), se tiene de media un conocimiento que puede ser similar al que tienen aquellos individuos que si han realizado dietas (quienes, por el contrario, tienen una elevada insatisfacción). Deducimos que, indudablemente, la insatisfacción relaciona de manera intensa con hacer dietas, pero no podemos concluir que el conocimiento sea inútil.

Para verificar lo expuesto anteriormente, y concluir que el conocimiento no se relaciona con el concepto de dietas, se observa qué ocurre cuando nos centramos en estudiar la relación entre insatisfacción y conocimiento en personas que harían y no harían dietas. Realmente este trabajo se realiza para mejorar el diseño de un programa de prevención de dietas, por lo que interesa conocer que diferencia a las personas que dicen que la harían y que no. Los diagramas de cajas, expuestos en la Figura 5, muestran en este caso que existen diferencias tanto en insatisfacción como en conocimiento. La situación en cuanto a normalidad en este caso es idéntica al estudio previo, con el conocimiento distribuyéndose de forma normal entre quienes harían y quienes no harían pero rechazando la normalidad en el caso de la insatisfacción. La t de Student rechaza con un p-valor de $8,695e-5$ que las medias de conocimiento entre quien haría y quien no haría dietas sean las mismas. Por lo tanto, con esta definición de querer hacer dietas el conocimiento sin lugar a duda influye. En cuanto a la insatisfacción, de nuevo se rechaza la igualdad de medias con un p-valor de $2,236e-13$. En consecuencia, a la hora de estar dispuesto a realizar o no realizar dietas tanto el conocimiento como la insatisfacción se encuentran relacionados.

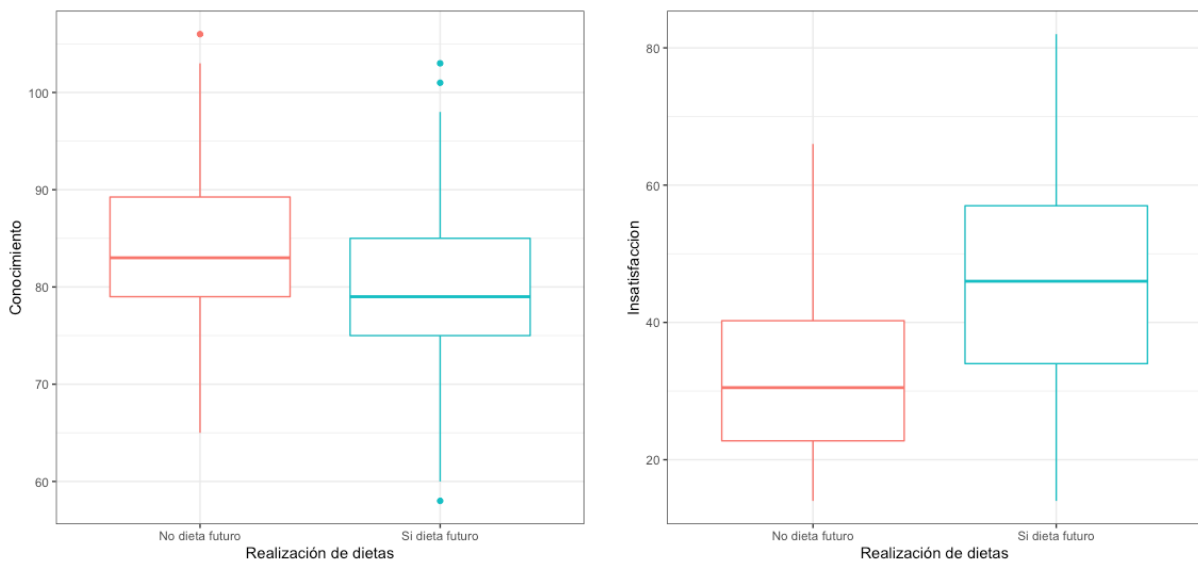


Figura 5. Distribución del conocimiento y de la insatisfacción entre los que harían dieta y los que no.

Se tiene, en consecuencia, que ambas concepciones de realizar dietas influyen en los posteriores análisis. En esto, y dado que el objetivo del trabajo es llevar a cabo un programa de prevención, se considera que la variable de la pregunta 42 es la más importante. Se distingue entre quienes harían o no harían dietas en un futuro. No obstante, dentro de quienes harían dietas se introduce una división entre quienes han hecho o hacen dietas y quienes no. La idea es mostrar qué caracteriza a quienes estarían dispuestos a hacer dietas pero todavía no las han hecho y cuáles son sus diferencias con quienes las han hecho. Por otro lado, aquellos individuos que han hecho dietas pero no las volverían a hacer se incluyen dentro de un grupo más amplio formado por quienes no estarían dispuestos a hacerlas, dado que no se considera que deban ser grupos distintos.