

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad de Oviedo

GRADO EN PSICOLOGÍA

CURSO ACADÉMICO 22/23

Seguimiento de una dieta restrictiva, insatisfacción corporal y *food craving*

Follow-up of a restrictive diet, body dissatisfaction and food craving

Investigación empírica

Melisa Isabel Fueyo Rego

Oviedo, Junio 2023

Resumen

Antecedentes: El seguimiento de dietas restrictivas se ha asociado a problemas psicológicos como la insatisfacción corporal y el ansia por la comida. Sin embargo, estos tres aspectos nunca han sido estudiados de manera conjunta. Por ello, el objetivo del presente estudio ha sido evaluar la relación entre estas tres variables en sujetos que llevan a cabo una dieta en comparación con aquellos que no. **Método:** Se realizó una investigación empírica mediante un cuestionario online, en una muestra de 207 sujetos (82 hombres y 125 mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y 78 años, de los cuales el 46.4% había llevado a cabo al menos una dieta. **Resultados:** El seguimiento de una dieta se relaciona de forma estadísticamente significativa con la insatisfacción corporal ($t = 9.528; p < .001$) y el ansia por la comida ($t = 4.818; p < .001$). Además, estas dos variables correlacionan positivamente ($r = .618; p < .01$). Asimismo, en toda la muestra, se observaron diferencias en función del sexo y edad de los sujetos; siendo las mujeres y los jóvenes los que presentaron mayores puntuaciones. **Conclusiones:** El seguimiento de una dieta restrictiva se encuentra relacionado con el nivel de insatisfacción corporal y ansia por la comida, y el hecho de no estar a dieta no exime de estas problemáticas. Se discute la importancia de estar inmersos en una cultura que enjuicia la forma corporal.

Palabras clave: dieta restrictiva, insatisfacción corporal, ansia por la comida, creencias erróneas.

Abstract

Background: Following restrictive diets has been associated with psychological problems such as body dissatisfaction and food craving. However, these three aspects have never been studied together. Therefore, the aim of this study was to evaluate the relationship between these three variables in subjects who follow a diet compared to those who do not. **Methods:** An empirical investigation was carried out by means of an online questionnaire in a sample of 207 subjects (82 men and 125 women), aged between 18 and 78 years old, of whom 46.4% had followed at least one diet. **Results:** Following a diet was statistically significantly related to body dissatisfaction ($t = 9.528$; $p < .001$) and food craving ($t = 4.818$; $p < .001$). Moreover, these two variables correlate positively ($r = .618$; $p < .01$). Also, in the whole sample, differences were observed according to the sex and age of the subjects; being women and young people the ones who scored the highest. **Conclusions:** Following a restrictive diet is related to the level of body dissatisfaction and craving for food, and not being on a diet does not exempt from these problems. The importance of being immersed in a culture that judges body shape is discussed.

Keywords: restrictive diet, body dissatisfaction, food craving, misconceptions.

Introducción

La imagen corporal es entendida como un constructo multidimensional que hace referencia a la imagen mental que tenemos sobre el tamaño y forma de nuestro cuerpo, incluyendo los sentimientos asociados a esta percepción (Slade, 1988). Tener una imagen corporal positiva se asocia con la aceptación, aprecio y respeto por el propio cuerpo, y también con una amplia conceptualización de la belleza, en la que se tienen en cuenta aspectos como la salud y el bienestar (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). En cambio, la insatisfacción corporal, aunque no tiene una definición única, se entiende como la opinión negativa que tienen las personas acerca de su cuerpo debido a la discrepancia que existe entre su apariencia real y aquella considerada como ideal; dependiendo más de la valoración del tamaño de su cuerpo que de aspectos ligados a la salud y bienestar (Rounsefell et al., 2020). Si bien la preocupación por la figura o imagen corporal es un aspecto muy presente en gran parte de la población (Carrard et al., 2021; Marshall et al., 2012; Paredes et al., 2019), la insatisfacción con el cuerpo es mayor en la población femenina. Tal y como muestran estudios como el de Fallon et al. (2014) en EEUU o el de Yong et al. (2021) en China, alrededor del 39% de las mujeres presenta insatisfacción corporal, frente al 22% de los hombres. En estas investigaciones también se puede observar una mayor presencia de insatisfacción corporal en los jóvenes que disminuye con la edad, aunque otros estudios indican que se mantiene estable a lo largo de la vida (Carrard et al., 2021; Marshall et al., 2012).

En los últimos años se han tratado de encontrar posibles explicaciones a este fenómeno (Andrés & Saldaña, 2014; Brownell, 1991; Grodner, 1992; Yong et al., 2021). Desde un enfoque sociocultural, se entiende que la cultura ha modelado un estándar de extrema delgadez como ideal de belleza inalcanzable, caracterizado principalmente por bajos niveles de grasa corporal (Simonds et al., 2018), que se ha convertido en un modelo a imitar (Saffon & Saldarriaga, 2014; Yong et al., 2021). Estos cánones de belleza que se transmiten a través de los medios de comunicación, el arte y las redes sociales (Bennett et al., 2020) se ven reforzados por la influencia de la familia, amigos y pareja, lo que daría lugar a la internalización de este estándar inalcanzable (Girard et al., 2018). La creencia en este estándar, unido a la idea de que la belleza está vinculada a la delgadez, llevaría a las personas a comparar su cuerpo real con este ideal, haciéndolas más propensas a experimentar insatisfacción corporal (Paredes et al., 2019;

Yong et al., 2021). Este ideal de belleza, que afecta en mayor medida a las mujeres, también afecta a los hombres (según Mendia et al., 2022, el 67.3% de mujeres y el 38.7% de hombres reconoce tener miedo a engordar). El hecho de que sea la población femenina la que presenta más problemas ligados a la imagen corporal puede derivar de que las mujeres no solo sufren mayor presión respecto al ideal de cuerpo (Pérez et al., 2021), sino que se encuentran expuestas a mayor cosificación y sexualización (Winn & Cornelius, 2020). Como consecuencia, las mujeres tendrían una mayor tendencia a involucrarse en comportamientos de autocosificación, caracterizados por la adopción de una visión de sí mismas en tercera persona y como “objetos de deseo”, lo que daría lugar a una mayor conciencia de su cuerpo y preocupación por su apariencia física (Calogero, 2012; Rounsensell et al., 2020).

Por otro lado, se ha observado que la presencia de insatisfacción corporal es una variable detonante de conductas alimentarias de riesgo o CAR, que son aquellas que se llevan a cabo con la intención de controlar el peso y que, además, son poco saludables (Paredes et al., 2019; Yong et al., 2021). Una de las CAR llevadas a cabo con mayor frecuencia, cuya causa suele ser la insatisfacción corporal, son las dietas restrictivas (Andrés & Saldaña, 2014; Carrard et al., 2021), que presentan una alta prevalencia en la cultura occidental actual (Puhl et al., 2015). La insatisfacción corporal y las dietas restrictivas no solo han sido relacionadas en términos de causa-efecto, sino que ambas variables se han asociado a un mayor IMC (Paredes et al., 2019; Porras-García et al., 2020). Sin embargo, también se ha encontrado insatisfacción corporal en personas con un IMC considerado como “normopeso” (Gruszka et al., 2022; Marshal et al., 2012).

Por su parte, las dietas restrictivas se encuentran muy ligadas a creencias erróneas sobre la alimentación y las causas de la obesidad (Magallares et al., 2016). Entre este tipo de creencias destacan aquellas como que la obesidad se encuentra únicamente bajo el control personal (Magallares et al., 2016), que “no comer hidratos de carbono ayuda a bajar de peso”, “comer por la noche engorda”, “la fruta después de comer engorda” e incluso que “ciertos alimentos ayudan a quemar grasas” (Boticario, 2017; Murillo-Godínez & Pérez-Escamilla, 2017). Asimismo, las personas que se inician en una dieta lo suelen hacer con el objetivo de perder el peso deseado y volver a su alimentación normal, sin embargo, las dietas solo son útiles si suponen un cambio permanente en el estilo de vida (Langeveld & DeVries, 2015).

Además de estar basadas en ideas erróneas, las dietas restrictivas tienen un bajo índice de éxito y no son recomendables puesto que, a largo plazo, las personas que pierden peso lo recuperan de nuevo (Langeveld & DeVries, 2015; Marshal et al., 2012). Esto ha sido explicado por Herman y Polivy (1980) mediante la teoría de la restricción, que afirma que las personas que se encuentran en la disyuntiva entre el deseo de comer y el esfuerzo de resistir este deseo se ven más afectadas por estados emocionales fuertes o eventos disruptivos, que incluyen situaciones consideradas negativas o percepciones sobre haber comido en exceso, lo que da lugar a una desinhibición alimentaria relacionada, a su vez, con el aumento de peso (Canetti et al., 2002). Esto conduce a ciclos de peso consistentes en periodos de aumento y disminución de peso (Andrades Ramírez & Herrero Martín, 2019), los cuales afectan gravemente a la salud a largo plazo ya que generan aumento de colesterol en sangre, alteración de la regulación de glucosa, hipertensión (Marshall et al., 2012), disminución de la tasa metabólica, obesidad (Brownell & Rodin, 1994), pérdida de densidad ósea (Grodner, 1992), enfermedades cardíacas, mayor riesgo de mortalidad (Zou et al., 2019) y problemas de fertilidad (Bonet y Mach, 2016).

A nivel de salud mental, varios autores consideran que este tipo de dietas son un factor de riesgo tanto para el desarrollo tanto de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como de depresión, estrés y/o ansiedad (Yong et al., 2021). La restricción alimentaria también se ha asociado en diversas ocasiones al ansia por la comida o *food craving* (Hill, 2007; May et al., 2012; Oliveira & Cordás, 2020), que hace referencia al deseo intenso y continuo de consumir un alimento específico (Castro et al., 2018). Este aspecto puede afectar significativamente al bienestar psicológico y emocional de las personas que lo experimentan (Díaz Pérez & Beltrán Morillas, 2021). Además, resulta especialmente problemático ya que se asocia al abandono temprano de dietas de pérdida de peso y puede convertirse en un antecedente inmediato del atracón (Liu et al., 2020).

Por tanto, se entiende que las dietas restrictivas no son una práctica alimentaria recomendable debido a que, en lugar de proporcionar una solución efectiva a uno de sus problemas causantes (la insatisfacción corporal), parecen perpetuarlo, incorporando además otras consecuencias negativas entre las que encontramos el ansia por la comida o *food craving*. Así, la preocupación por la imagen corporal conduce a las personas a adoptar una dieta con unas características que, lejos de proporcionar una pérdida de

peso a largo plazo, provoca una serie de consecuencias nocivas para la salud mental y física, relacionadas a su vez con el fracaso de este tipo de dietas. De esta manera, se entra en un círculo vicioso en el que se experimenta insatisfacción corporal, se recurre a dietas restrictivas con el objetivo de “mejorar” la apariencia, y estas dietas, que son tan difíciles de seguir, no solo provocan una recuperación del peso perdido sino que darían lugar al desarrollo de problemáticas más graves asociadas con la comida (TCA, atracones, *food craving*, etc.), lo que refuerza a su vez la insatisfacción corporal; motivo principal por el que se inició la dieta y que no desaparece durante todo el proceso.

A pesar de la posible relación entre las dietas restrictivas, la insatisfacción corporal y el ansia por la comida, que puede dar lugar al círculo vicioso mencionado, sus efectos e interacción no han sido estudiados de manera conjunta. Por esta razón, el objetivo principal de la presente investigación es observar la relación existente entre el seguimiento de una dieta restrictiva, la insatisfacción corporal y el ansia por la comida mediante la comparación de sujetos que llevan o han llevado a cabo una *dieta restrictiva* con aquellos que no.

Los objetivos específicos de este trabajo son: (1) definir los niveles de *insatisfacción corporal* y *ansia por la comida* presentes en la población general; (2) averiguar si existen diferencias en las variables *insatisfacción corporal* y *ansia por la comida* en función del sexo, la edad y el IMC, independientemente del seguimiento o no de una dieta; (3) analizar lo normalizada que está la *práctica de dietas restrictivas* unida a ciertas *creencias erróneas* entorno a la alimentación e imagen corporal; y, (4) por último, observar la posible relación existente entre el seguimiento de una dieta y el diagnóstico o sintomatología asociada a TCA

Con relación a los objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 1:* Se prevé encontrar una relación positiva entre el seguimiento de una dieta restrictiva, el nivel de insatisfacción corporal y el nivel de ansia por la comida.
- *Hipótesis 2:* Se hallarán niveles elevados de insatisfacción corporal y ansia por la comida en toda la muestra, independientemente del seguimiento o no de una dieta. Se decidió realizar un estudio de estas variables en el total de la muestra por varios motivos. Por un lado, la población objetivo del estudio es la población

general, no clínica. Por otro lado, puede que haya personas que consideren que no estén a dieta y que aun así restrinjan alimentos o calorías. Además, el hecho de no llevar a cabo una dieta no exime de tener problemas relacionados con la imagen corporal o la comida ya que, como se ha postulado, estos pueden deberse a la inmersión en la cultura actual. Por esta razón, se espera encontrar ciertos niveles de insatisfacción corporal y ansia por la comida en todos los sujetos tenidos en cuenta.

- *Hipótesis 3:* Se observarán diferencias en cuanto al sexo, la edad y el IMC en las variables *insatisfacción corporal* y *ansia por la comida*, tanto en los sujetos que lleven a cabo una dieta restrictiva como en aquellos que no, con un porcentaje mayor en el caso de las mujeres frente a los hombres; en jóvenes frente a otros grupos de edad; y en aquellos con mayor IMC.
- *Hipótesis 4:* El seguimiento de una dieta y las prácticas ligadas a creencias erróneas en torno a la alimentación e imagen corporal se observarán como aspectos muy frecuentes en la población general.
- *Hipótesis 5:* Se encontrará una mayor presencia de diagnóstico o sintomatología asociada a TCA en aquellos sujetos que hayan realizado o se encuentren realizando una dieta restrictiva en comparación con aquellos que no.

Método

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario Central de Asturias (código CEImPA nº 2023.187).

Comprobación de plagio

El presente trabajo fue analizado por un programa de detección de plagio. Por esta razón, se podrían encontrar ciertas coincidencias pertenecientes al propio documento. De ser necesario, se proporcionará una explicación más detallada.

Participantes

El método de selección de los participantes fue no probabilístico por conveniencia. Inicialmente se contó con una muestra de 211 participantes, pero se eliminaron 4 por estar llevando a cabo una dieta para aumentar su peso/porcentaje de grasa y/o su rendimiento físico. Por tanto, la muestra final analizada estuvo compuesta

por 207 participantes españoles, de los cuales el 39.6% eran hombres ($n = 82$) y el 60.4% mujeres ($n = 125$), con una edad comprendida entre los 18 y los 78 años ($M_M^1 = 33.56$; $DT_M = 15.08$ y $M_H^2 = 38.33$; $DT_H = 17.06$).

Para los resultados analizados en términos de edad, los participantes fueron divididos en tres grupos según el criterio de la OMS: “jóvenes” con edades comprendidas entre 18 y 26 años (49.8%); “adulthood temprana” con edades comprendidas entre 27 y 59 años (43.5%); y “adulthood tardía” a partir de los 60 años (6.8%). Los participantes tenían una altura media en metros de 1.68 ($M_M = 1.63$; $DT_M = .059$ y $M_H = 1.76$; $DT_H = .068$), un peso aproximado en kilogramos de 71.43 ($M_M = 64.26$; $DT_M = 11.07$ y $M_H = 82.35$; $DT_H = 13.76$), con un IMC medio de 24.92 ($M_M = 24.07$; $DT_M = 4.25$ y $M_H = 26.21$; $DT_H = 3.47$). Para los análisis sobre el efecto del IMC, fueron divididos en dos grupos, según el criterio de la OMS (2021), en función de si tenían o no sobrepeso. Fueron etiquetados como “sin sobrepeso” aquellos que tenían un IMC menor a 25 (55.6%) y “con sobrepeso” aquellos que tenían un IMC igual o superior a 25 (44.4%).

Instrumentos de medida

Se elaboró un cuestionario ad hoc dividido en cuatro partes (ver Anexo 1): (1) variables sociodemográficas, (2) seguimiento de una dieta y patrón alimentario, (3) ansia por la comida e (4) insatisfacción corporal.

Variables sociodemográficas: este primer apartado del cuestionario contaba con preguntas referidas a la edad, sexo, altura y peso.

Seguimiento de una dieta y patrón alimentario: el segundo bloque del cuestionario estuvo conformado por preguntas de elaboración propia. En él, se preguntó acerca del seguimiento de una dieta (situación actual respecto al seguimiento de una dieta, número de dietas llevadas a cabo a lo largo de su vida, causas de la dieta, tipo de dieta y objetivos de la misma, entre otros) y el patrón alimentario actual (calorías diarias, alimentos/nutrientes eliminados, creencias sobre la alimentación y relación actual con la comida).

¹ Mujeres.

² Hombres.

Ansia por la comida: este apartado estuvo dividido en dos partes. Por un lado, se elaboraron preguntas ad hoc acerca del nivel percibido de ansia por la comida (nivel de ansia por la comida en general, nivel de ansiedad a la hora de saltarse la dieta y sentimiento de culpa). Por otro lado, se utilizó la escala *Food Craving Questionnaire – Trait* creada por Cepeda-Benito et al. (2000b) y validada al español por Cepeda-Benito et al. (2000a). Esta escala se compone de nueve factores: (1) *Intenciones y planes de consumir alimentos*; (2) *Anticipación del refuerzo positivo que puede resultar de comer*; (3) *Anticipación del alivio de estados y sentimientos negativos como resultado de comer*; (4) *Falta de control a la hora de comer*; (5) *Pensamientos o preocupación por la comida*; (6) *Deseo como hambre*; (7) *Emociones que pueden experimentarse antes o durante los antojos o al comer*; (8) *Señales que pueden desencadenar el deseo por la comida*; y (9) *Culpa por los antojos y/o por ceder a ellos*. La escala original está compuesta por 39 ítems medidos mediante una escala tipo Likert con valores que oscilan entre 1 (Nunca) y 6 (Siempre), referente a la frecuencia con la que cada afirmación sería “cierta en general” para la persona (Cepeda-Benito et al., 2003). De la escala original fueron eliminados los ítems 8, 16, 38 y 39 y, además, se modificaron los ítems 2, 3, 5, 6, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 32 y 35 que hacían referencia a “deseo de comer algo” o “apetencia por algo” sin especificar si hace referencia a la sensación de hambre o a la de craving, o si este deseo resulta irrefrenable. Debido a la ambigüedad que pueden generar estas preguntas, el “deseo de comer algo” y la “apetencia por algo” se sustituyeron por “antojo por algo” (véase el Anexo 2). El nivel de fiabilidad de la prueba original en conjunto, encontrada por los autores en la última validación realizada en España, es de .93, con una fiabilidad de las escalas derivadas de los factores de entre .68 y .90 (Cepeda-Benito et al., 2003). Investigaciones como la de Cepeda-Benito et al. (2003) o la de Moreno et al. (2008) apoyaron la validez de constructo de la escala. En el presente estudio se obtuvo un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .92 en conjunto y un rango de valores alfa entre .70 y .85 en los factores.

Insatisfacción corporal: para evaluar este aspecto se dividió, de igual manera, el apartado en dos secciones. Por un lado, se recogió información acerca del nivel de insatisfacción corporal percibido (satisfacción con el cuerpo y peso/grasa corporal, sentimientos a la hora de pesarse y peso ideal) mediante preguntas de elaboración propia. Por otro lado, se utilizó la escala *Body Shape Questionnaire (BSQ)* creada por

Cooper et al. (1987) y adaptada a la población española por Raich et al. (1996). La misma está compuesta por cuatro factores: (1) *Insatisfacción corporal*; (2) *Miedo a engordar*; (3) *Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia*; y (4) *Deseo de perder peso*. Consta de 34 ítems referentes a la percepción de la imagen corporal que se evalúan mediante una escala tipo Likert con valores que oscilan entre 1 (Nunca) y 6 (Siempre). El nivel de fiabilidad de la prueba relatada por Raich et al. (1996) es de .97, con una adecuada validez concurrente y predictiva. En este estudio se ha obtenido un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .95 en conjunto.

Procedimiento

La recogida de datos tuvo lugar entre los días 8 y 18 de mayo de 2023, mediante una encuesta *online* a través de *Formularios de Google*. En esta se recogieron las respuestas de los sujetos que accedieron a participar de forma anónima y voluntaria y aceptaron la cláusula relativa al consentimiento informado para que los datos obtenidos pudieran ser utilizados en la presente investigación. En dicha encuesta se garantizaba el anonimato y el uso de los datos con fines únicos de investigación. Para obtener la muestra, el cuestionario se difundió a través de la aplicación de mensajería instantánea *WhatsApp* y por redes sociales (*Instagram* y *Twitter*).

El formulario fue difundido a través del siguiente enlace:

<https://forms.gle/Qi2h8G6a8tzhrhbP6>

Diseño

Se aplicó un diseño *expost-facto*. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y de corte transversal.

Análisis de los datos

Los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS, versión 27. En primer lugar, con el objetivo de determinar la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica, se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad para el IMC y las puntuaciones obtenidas en las escalas FCQ-T y BSQ. Además, se calcularon los índices de asimetría de estas variables. A pesar del incumplimiento del supuesto de normalidad, se optó por utilizar estadística paramétrica ya que las pruebas utilizadas resultan robustas a violaciones no extremas de los supuestos en casos como el actual, en

el que se cuenta con un adecuado tamaño de muestra (N=207), grupos equilibrados e índices de asimetría de las variables que oscilan entre +-1.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables edad, IMC, dieta (“dieta” o “no dieta”), puntuación total FCQ-T, puntuación total BSQ y de los ítems de elaboración propia referidos a “seguimiento de una dieta”, “patrón alimentario”, “insatisfacción corporal”, “ansia por la comida”, “diagnóstico de TCA” y “síntomatología percibida asociada a TCA”. Se calcularon los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach de las escalas FCQ-T y BSQ y de sus factores. Las diferencias muestrales se analizaron mediante comparaciones de medias con las pruebas *t* de Student para muestras independientes y análisis de la varianza (ANOVA) en función de las variables dieta, sexo, edad, IMC, puntuación total FCQ-T, puntuación total BSQ y de los ítems referentes a TCA. Por último, se llevó a cabo la correlación de Pearson para las variables edad, IMC, puntuación total FCQ-T y puntuación total BSQ.

Resultados

Con el objetivo de comprobar la primera hipótesis, la cual buscaba determinar si el seguimiento de una dieta restrictiva se relaciona con el nivel de ansia por la comida e insatisfacción corporal, se llevó a cabo una comparación de las puntuaciones obtenidas en las escalas FCQ-T y BSQ en función del seguimiento o no de una dieta (ver Tabla 1). En cuanto al ansia por la comida, se observó que las personas que llevan a cabo una dieta restrictiva muestran una puntuación mayor en el FCQ-T (105.64) que aquellas que no (82.74). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 4.818$; $d = .671$; $p < .001$), indicando mayor nivel de ansia por la comida en aquellos sujetos que llevan a cabo una dieta. En cuanto a la insatisfacción corporal, también se encontraron mayores puntuaciones en el BSQ en las personas que estaban a dieta (118.28) en comparación con las que no (71.10), diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($t = 9.528$; $d = 1.328$; $p < .001$).

La correlación de Pearson entre las puntuaciones totales en las escalas FCQ-T y BSQ reveló una correlación significativa ($p < .01$) de .618 entre ambas variables, lo que indica una relación positiva entre estas. Es decir, puntuaciones altas en una variable se asocian a puntuaciones altas en la otra.

Tabla 1*Puntuación en las escalas FCQ-T y BSQ en función de la variable “dieta”*

| | <i>M (DT)</i> | | t de Student | | d de Cohen |
|--------------|-----------------|----------------|---------------------|----------|-------------------|
| | Dieta | No dieta | <i>t</i> | <i>p</i> | |
| FCQ-T | 105.64 (36.897) | 82.74 (31.484) | 4.818 | <.001 | .671 |
| BSQ | 118.28 (39.726) | 71.10 (31.455) | 9.528 | <.001 | 1.328 |

Para evaluar la segunda hipótesis, referente a los niveles de ansia por la comida e insatisfacción corporal, con independencia del seguimiento o no de una dieta, se observaron los estadísticos descriptivos de las puntuaciones en las escalas FCQ-T y BSQ y de las preguntas de elaboración propia referentes a “ansia por la comida”, “nivel de ansia”, “satisfacción corporal” y “satisfacción con el peso”.

La puntuación media de los sujetos en la escala FCQ-T fue de 93.36 ($DT = 35.891$) sobre 210. De los nueve factores que componen la escala, se encontraron mayores puntuaciones en “Falta de control a la hora de comer” ($M = 16.04$), “Deseo como hambre” ($M = 13.86$), “Señales que pueden desencadenar el deseo por la comida” ($M = 12.36$) y “Pensamientos o preocupación por la comida” ($M = 11.32$). Además, en el ítem “ansia por la comida”, el 25.6% de los sujetos afirmaron que se encontraban ansiosos por la comida en su día a día, relatando un nivel de ansia de 7.02 ($DT = 1.611$) sobre 10, considerado alto, frente al 2.14 ($DT = 1.364$) referido por los sujetos que informan no tener ansia por la comida. En total, el 29% de los sujetos relatan un nivel de ansia por la comida igual o superior a 5 sobre 10. Por otro lado, la puntuación media de los sujetos en la escala BSQ fue de 92.98 ($DT = 42.573$) lo que, según los puntos de corte establecidos por Cooper et al. (1987), corresponde con una “leve preocupación por la imagen corporal”. Sin embargo, en los ítems “satisfacción corporal” y “satisfacción con el peso” el 57.05% (74.5% dieta; 39.6% no dieta) de los sujetos afirman no estar satisfechos con su cuerpo y peso. Por tanto, a pesar de que se observa una frecuente presencia de ansia por la comida e insatisfacción corporal en el total de la muestra estudiada, las puntuaciones en estas variables no son elevadas.

La tercera hipótesis postulaba diferencias en función del sexo (Mujer, Hombre), IMC (< 25, ≥ 25) y edad (Jóvenes, Adulthood temprana, Adulthood tardía) en las variables ansia por la comida e insatisfacción corporal. Se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras independientes para las variables sexo e IMC y la prueba ANOVA para observar las diferencias en función de la edad.

Respecto al ansia por la comida observada en función del sexo, tal y como se muestra en la Tabla 2, a pesar de que las mujeres tienen mayores puntuaciones (97.41) en la escala FCQ-T que los hombres (87.61), estas diferencias no son estadísticamente significativas ($t = 1.930$; $p > .05$). Sin embargo, cuando se analizaron cada uno de los nueve factores sí se encontraron diferencias significativas en función del sexo en los factores “Refuerzo positivo” ($p = .011$), “Deseo como hambre” ($p = .010$) y “Emociones” ($p = .020$), siendo mayor la puntuación en las mujeres que en los hombres. Por tanto, las mujeres, en mayor medida que los hombres, responden a los antojos debido a la anticipación del refuerzo positivo que puede resultar de comer, a la confusión entre hambre y antojos, y en respuesta a emociones.

En cuanto a la insatisfacción corporal, las mujeres también mostraron mayores puntuaciones (102.79) en la escala BSQ que los hombres (78.48). A diferencia de lo encontrado respecto a la escala FCQ-T, estas diferencias sí fueron estadísticamente significativas ($t = 4.163$; $d = .593$; $p < .001$), indicando mayor nivel de insatisfacción corporal en la población femenina en comparación con la masculina.

Tabla 2

Puntuación en las escalas FCQ-T y BSQ en función de la variable “sexo”

| | | <i>M (DT)</i> | | <i>t de Student</i> | | <i>d de Cohen</i> |
|--------------|--------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------|-------------------|
| | | Mujer | Hombre | <i>t</i> | <i>p</i> | |
| FCQ-T | <i>Total</i> | 97.41 (36.030) | 87.61 (35.128) | 1.930 | .550 | |
| | | | | | | |
| BSQ | <i>Total</i> | 102.79 (42.817) | 78.48 (38.160) | 4.163 | <.001 | .593 |
| | | | | | | |

Tabla 3*Puntuación en las escalas FCQ-T y BSQ en función de la variable “IMC”*

| | | <i>M (DT)</i> | | <i>t de Student</i> | |
|--------------|--------------|----------------|----------------|---------------------|----------|
| | | Sin sobrepeso | Con sobrepeso | <i>t</i> | <i>p</i> |
| FCQ-T | <i>Total</i> | 92.26 (34.509) | 94.73 (37.693) | -.491 | .624 |
| BSQ | <i>Total</i> | 87.91 (42.354) | 99.32 (42.221) | -1927 | .055 |

En cuanto al IMC, aunque las personas sin sobrepeso ($IMC < 25$) puntuaron menos (92.26) en la escala FCQ-T que las personas con sobrepeso (94.73), estas diferencias respecto al ansia por la comida no resultan estadísticamente significativas ($t = -.491; p > .05$) (véase Tabla 3). El mismo patrón de resultados fue observado en el caso de la escala BSQ: los sujetos sin sobrepeso mostraron menos insatisfacción corporal (87.91) que aquellos con sobrepeso (99.32), diferencias que tampoco resultaron estadísticamente significativas ($t = -1927; p > .05$). Estos resultados indican que el IMC no influye sobre el nivel de ansia por la comida ni de insatisfacción corporal. Sin embargo, en base a la prueba de Pearson, sí se observó una correlación significativa ($p < .01$) de .207 entre la puntuación en la escala BSQ y el IMC, lo que indicaría que la insatisfacción corporal aumenta a medida que lo hace el IMC.

Respecto a la edad, la correlación de Pearson mostró una relación significativa y negativa ($p < .05$) entre la variable edad y la puntuación en ambas escalas ($r = -.165$ para la escala FCQ-T; $r = -.271$ para la escala BSQ). Esto indica que, a mayor edad, menor es el nivel de ansia por la comida y de insatisfacción corporal. Para observar estas diferencias en función de los grupos establecidos se llevó a cabo una prueba ANOVA.

Tal y como se muestra en la Tabla 4, la puntuación en la escala FCQ-T es mayor en el caso de los jóvenes (98.39), en comparación con la adultez temprana (90.23) y tardía (76.43). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($F = 2.966; p > .05$), es decir, el nivel de ansia por la comida no varía en función de la edad. En cuanto a la puntuación en la escala BSQ, se encontró de nuevo que los jóvenes

tienen mayores puntuaciones (103.89) que adultos tempranos (84.51) y tardíos (67.14), diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($F = 8.291$; $\eta^2 = .075$; $p < .001$). La prueba post hoc de Scheffé mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre todos los grupos, a excepción de adultez temprana y adultez tardía ($p > .05$). Por tanto, el nivel de insatisfacción corporal sí varía en función de la edad, siendo mayor en el caso de los jóvenes y disminuyendo en la adultez temprana para mantenerse estable en edades posteriores.

Tabla 4

Puntuación en las escalas FCQ-T y BSQ en función de la variable “edad”

| | | <i>M (DT)</i> | | | <i>ANOVA</i> | | <i>Eta cuadrado</i> |
|--------------|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------|---------------------|
| | | Jóvenes | A. temprana | A. tardía | <i>F</i> | <i>p</i> | |
| FCQ-T | <i>Total</i> | 98.39 (37.550) | 90.23 (33.894) | 76.43 (30.127) | 2.966 | .054 | |
| BSQ | <i>Total</i> | 103.89 (43.430) | 84.51 (39.767) | 67.14 (30.591) | 8.291 | <.001 | .075 |

En relación a la cuarta hipótesis, se realizaron los descriptivos de los ítems de interés. De la muestra analizada, aproximadamente la mitad llevaba o había llevado a cabo una dieta (46.4%; $n=96$), de los cuales 69.8% eran mujeres y el 30.2% hombres. La prueba t de Student mostró que estas diferencias son estadísticamente significativas ($t = -2.602$; $d = -.370$; $p = .010$), lo que quiere decir que las mujeres llevan a cabo un mayor número de dietas ($M = 4.87$; $DT = 3.420$) que los hombres ($M = 3.27$; $DT = 3.126$). Además, el 37.7% de los sujetos consideran que es normal estar a dieta, indicando haber hecho entre 1 y 15 dietas a lo largo de toda su vida, encontrándose la media entre 4 y 5 dietas (4.79).

Entre las principales razones para comenzar una dieta se encontraron “disminuir el peso/grasa corporal” (48.9%) e “influencia de otros (amigos, familiares, famosos, redes sociales, etc.)” (19.14%); siendo menor el porcentaje de aquellos que lo hicieron por

salud (13.47%). De los 96 sujetos que llevaron a cabo una dieta, el 32.3% considera su dieta sana, equilibrada y adaptada a sus necesidades, mientras que el 67.7% restringe algún alimento o grupo nutricional. Además, el 60.3% pretende cambiar su estilo de alimentación para siempre, mientras que el 39.5% pretende lograr su objetivo y volver a su alimentación normal. El 42% ha dejado una o varias dietas porque no le ha funcionado, mientras que el 9% indicó que todas las dietas fueron exitosas.

Respecto a los sujetos que llevan a cabo una dieta, el 43.3% consumen menos calorías de las indicadas por la OMS como necesarias (2000kcal/día de media para hombres y mujeres). En cuanto a los sujetos que no llevan a cabo una dieta, el 12.6% no llega a la cantidad establecida por la OMS, mientras que el 73% no cuenta las calorías que consume diariamente.

Del total de la muestra analizada, el 63.8% (82.3% dieta; 45.4% no dieta) ha eliminado algún alimento o grupo nutricional, en su mayoría cereales integrales y refinados, dulces y grasas animales. Además, se ha observado que el 49.1% de los sujetos restringen lo que comen en el desayuno y/o cena. Los alimentos más restringidos son los hidratos de carbono (71.05%), especialmente la fruta (60.86%) y el pan (21.73%). En relación al peso, el 29.15% de los sujetos evitan pesarse porque se sienten mal por ello. Además, el peso ideal indicado fue, de media, 6.41kg menor a su peso actual.

En cuanto a la quinta hipótesis, que postulaba mayor presencia de TCA o de sintomatología asociada en aquellos sujetos que llevaban a cabo una dieta, se observó una presencia del diagnóstico en el 4.3% de los sujetos. Sin embargo, el 25.1% de los sujetos considera que, a pesar de no haber sido diagnosticado, sí ha tenido problemas relacionados con los TCA y, de ellos, el 60% afirma que sigue teniéndolos. La prueba *t* de Student para muestras independientes mostró que todos los sujetos diagnosticados con un TCA ($n=9$) habían llevado a cabo una dieta ($t = -3.372$; $d = -1.149$; $p < .001$), observándose una ausencia de diagnóstico en aquellos sujetos que nunca modificaron su patrón alimentario con el objetivo de bajar de peso. Los mismos hallazgos fueron encontrados en el caso de la sintomatología asociada a TCA percibida por los sujetos. Se observó que el 43.75% de las personas que llevaban a cabo una dieta sí tuvieron problemas asociados a los TCA, en comparación con el 9% de los que no llevaban a

cabo una dieta, que también informaron sintomatología asociada. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($t = -6.239$; $d = -1.000$; $p < .001$). Por tanto, podemos concluir que sí existe relación entre el seguimiento de una dieta y el diagnóstico de TCA o la sintomatología asociada a los mismos percibida por los sujetos.

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la relación entre el seguimiento de una dieta restrictiva, la insatisfacción corporal y el ansia por la comida mediante la comparación de sujetos que llevan a cabo una dieta de estas características con aquellos que no. Con este objetivo se elaboró un cuestionario ad hoc que se dividió en cuatro apartados: (1) variables sociodemográficas; (2) un segundo apartado sobre la variable *dieta restrictiva* con preguntas de elaboración propia; (3) un tercer apartado sobre la variable *ansia por la comida* conformado tanto por preguntas de elaboración propia como por la escala Food Craving Questionnaire –Trait (FCQ-T); y, (4) por último, un cuarto apartado sobre la variable *insatisfacción corporal* conformado por preguntas de elaboración propia sobre la percepción de la imagen corporal, además de la escala Body Shape Questionnaire (BSQ).

Los resultados apoyan la primera hipótesis establecida, es decir, sí existe relación entre el *seguimiento de una dieta restrictiva*, el nivel de *ansia por la comida* y el nivel de *insatisfacción corporal*. Esto se corrobora por las mayores puntuaciones encontradas en las escalas FCQ-T y BSQ en aquellos sujetos que llevaron a cabo una dieta, en comparación con los que no. Respecto al ansia por la comida, los datos obtenidos mostraron una mayor presencia de ésta en aquellos sujetos que llevaban a cabo una dieta restrictiva, con una mayor puntuación en el factor “Pérdida de control a la hora de comer”. Estos resultados coinciden con los encontrados por autores como Massey y Hill (2012), y pueden interpretarse según el modelo de inanición o restricción dietética propuesto por Fairburn y Cooper (1989), que afirma que la restricción dietética se asocia a un fuerte aumento de los antojos por la comida, acompañado de una pérdida de control sobre la ingesta (Hill, 2007; Moreno et al., 2008).

Respecto a la presencia de insatisfacción corporal, no solo las puntuaciones en la escala BSQ son significativamente mayores para los sujetos que llevan a cabo una dieta (118.28) en comparación con los que no (71.10), sino que la presencia de insatisfacción

con el cuerpo y peso se encuentra en el 74.5% de los sujetos que llevan a cabo una dieta, en contraste con el 39.6% de los que no. Por tanto, los sujetos que llevan a cabo una dieta presentan un nivel de insatisfacción mucho más elevado que aquellos que no, en línea con otros estudios (Andrés y Saldaña, 2014; Carrard et al., 2021). Los datos obtenidos se podrían explicar mediante el modelo de doble ruta propuesto por Stice et al. (1996) que sugiere que la restricción dietética es impulsada por la presencia de la insatisfacción corporal resultante de la internalización del ideal de delgadez establecido culturalmente. Esto vendría avalado por la restricción alimentaria y calórica encontrada y por la media referida al peso ideal, que es 6kg menor al peso actual de la persona evaluada. Por tanto, aquellos que llevan a cabo una dieta restrictiva presentan mayor insatisfacción corporal, y ésta sería la que les impulsaría a realizar la dieta en cuestión.

Este aspecto se encuentra ligado a la segunda hipótesis, referente a la presencia de insatisfacción corporal y ansia por la comida en el total de la muestra estudiada. Tal y como se planteaba, un alto número de personas que dice no estar a dieta sí restringe alimentos (45.4%) o calorías (12.6%). Sin embargo, los resultados no nos permiten afirmar que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las escalas empleadas son elevadas, por lo que no apoyan la hipótesis planteada. Por una parte, la puntuación obtenida en la escala FCQ-T, referente al nivel de ansia por la comida, fue de 93.36 sobre 210. A pesar de que no existe un punto de corte, Castro et al. (2018) establecen que puntuaciones mayores indican un mayor nivel de ansia por la comida, basándose esta interpretación en un análisis de los factores de la escala (Cepeda-Benito et al., 2000). Sin embargo, aunque la puntuación media de la escala se encuentra muy por encima de la mínima posible (35), esta no resulta elevada. Lo mismo sucede con la puntuación obtenida en los ítems referentes a “ansia por la comida” o “nivel de ansia”. Sin embargo, que el factor en el que se ha encontrado una mayor puntuación haya sido el de “Falta de control” concuerda con los hallazgos encontrados por otros autores (Meule & Kübler, 2012; Yong et al., 2021) que establecen una relación entre la restricción dietética y la pérdida de control al consumir ciertos alimentos restringidos, lo que se denomina *efecto de desinhibición* (Canetti et al., 2002). Es interesante destacar este aspecto ya que, de los sujetos que indicaron que no llevaban a cabo una dieta, casi la mitad sí restringe algún alimento. Por tanto, este efecto de desinhibición puede

encontrarse tanto en los sujetos que hacen dieta como en aquellos que no, razón que explicaría la puntuación obtenida en el FCQ-T por parte de toda la muestra.

Por otra parte, la puntuación en insatisfacción corporal medida con la escala BSQ fue de 92.98 lo que, según Cooper et al. (1987), corresponde con una “leve preocupación por la imagen corporal”, y solo puntuaciones superiores a 104 situarían a las personas en el rango clínico de TCA (Moreno et al., 2008). A pesar de que no se obtuvieron puntuaciones elevadas de insatisfacción, la mitad de los sujetos sí expresaron estar insatisfechos con su cuerpo o peso. Por tanto, aunque la puntuación total no sobrepase el rango clínico (algo esperable porque el objetivo de este estudio no era la población clínica), este aspecto se podría considerar como un problema subclínico que debe ser abordado a nivel social, ya que se encuentra presente en gran parte de la muestra estudiada. Algunos autores plantean que la presencia tan común de insatisfacción corporal tendría origen en el ya comentado estándar de belleza inalcanzable establecido por la cultura de la dieta actual (Faw et al., 2021; Simonds et al., 2018).

La tercera hipótesis, referente a las diferencias en las variables *insatisfacción corporal* y *ansia por la comida* en función del sexo, IMC y edad mostró una mayor influencia del sexo y edad sobre ambas variables. Respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel total de ansia por la comida. A pesar de no ser lo esperado, los resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores (e.g., Klimešová et al., 2020). La ausencia de diferencias encontradas puede deberse a que, en la muestra analizada, el ansia esté influenciada por variables que no se encuentran culturalmente asociadas al género, como puede ser la falta de una correcta educación nutricional. Sí que se encontraron diferencias en cuanto a la presencia de insatisfacción corporal, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Estos resultados corroboran la hipótesis establecida y concuerdan con los encontrados por Pérez et al. (2021). Estos autores mantienen que las diferencias observadas entre sexos pueden deberse al hecho de que las mujeres sufren mayor presión sociocultural sobre su cuerpo, aunque este aspecto no ha sido investigado en el presente estudio de forma explícita.

Respecto al IMC, los datos muestran que el hecho de tener normopeso o sobrepeso, medido en función del IMC, no afecta al nivel de ansia por la comida o insatisfacción corporal, por lo que se rechaza la hipótesis planteada. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Abdella et al. (2019), que tampoco observaron diferencias en el ansia por la comida en función del IMC. Como posible explicación a este suceso, estos autores establecen que el ansia por la comida podría deberse al uso de la restricción cognitiva; aspecto que no se encuentra relacionado con el peso corporal. El presente estudio también se encuentra en línea con aquellos que negaban la relación entre el IMC y la insatisfacción con el cuerpo (Gruszka et al., 2022; Marshal et al., 2012). Por tanto, los datos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, el IMC de los sujetos no se encuentra en la raíz del problema, al contrario de lo defendido por otros autores (Paredes et al., 2019; Porrás-García et al., 2020). Esto implica que las personas pueden presentar tanto ansia por la comida como insatisfacción corporal independientemente de su peso.

En cuanto a la edad, los resultados obtenidos indican que esta afecta de forma diferente al ansia por la comida y a la insatisfacción corporal. Respecto al ansia por la comida, a pesar de que las diferencias entre los grupos no resultaron significativas, sí se encontró una relación negativa entre ambas variables, en concordancia con estudios anteriores (Meule et al., 2014); siendo los jóvenes los que presentan mayores niveles. Esto podría deberse a la falta de desarrollo, todavía, de una adecuada regulación emocional, tal y como apuntan Andrades Ramírez y Herrero Martín (2019). En lo referente a la insatisfacción corporal, los resultados sí fueron en la línea de la hipótesis propuesta. Así, tal y como se plantea en otros estudios (Fallon et al., 2014; Yong et al., 2021), la presencia de insatisfacción corporal es mayor en la juventud que en el resto de etapas de la vida. El hecho de no encontrar mayores niveles en el resto de grupos de edad puede deberse a que en el presente estudio no se preguntó acerca de aspectos de la imagen corporal asociados al envejecimiento. Este aspecto, que sí fue tenido en cuenta en otros estudios, mostró que la insatisfacción corporal no decrece, sino que se mantiene en el mismo nivel durante todas las etapas de la vida (Carrard et al., 2021; Marshal et al., 2012).

Respecto a la cuarta hipótesis, se encontró una tasa elevada de dietas (casi la mitad de los sujetos habían llevado a cabo una dieta), además de una predominancia de

creencias erróneas en torno a la alimentación y la imagen corporal. Entre ellas, encontramos aquellas como que es normal estar a dieta, que es necesario restringir ciertos alimentos o grupos nutricionales, que los carbohidratos engordan y, sobre todo, que no se deben consumir por la noche; resultados similares a los encontrados en otros estudios mencionados (Boticario, 2017; Murillo-Godínez & Pérez-Escamilla, 2017). Asimismo, también se observaron varias creencias erróneas en torno a la imagen corporal, como la idea de que existe un peso ideal y, especialmente, que este es inferior al actual. De hecho, en consonancia con estudios anteriores, el principal objetivo con el que se adoptó una dieta no fue el de mejorar la salud sino el de disminuir el peso o grasa corporal (Brownell, 1991; Cortez et al., 2016). A pesar de que el presente estudio no mide de forma exhaustiva las creencias en torno a la alimentación e imagen corporal, los resultados sugieren que los cuerpos delgados son deseables, ya que probablemente se consideran más estéticos y exitosos.

En cuanto a la quinta y última hipótesis, en base a los resultados se puede afirmar la existencia de una relación entre el seguimiento de una dieta restrictiva y el diagnóstico de TCA o la presencia de sintomatología asociada a los mismos. Esto se encuentra en concordancia con lo encontrado por otros autores, que establecen la dieta como un factor de riesgo del desarrollo de TCA (Paredes et al., 2019; Stice et al., 1996).

Tomados en su conjunto, los datos del presente estudio muestran que las dietas restrictivas guardan una estrecha relación con diversas problemáticas en lo que a salud mental se refiere, encontrando mayor influencia sobre la insatisfacción corporal que sobre el ansia por la comida. Sin embargo, a pesar de la evidencia sobre lo nocivas que resultan estas dietas, todavía hay gran parte de la población (la mitad aproximadamente) que opta por ellas. De acuerdo con otros autores, una posible explicación a este fenómeno sería la inmersión en una cultura de la dieta que establece una serie de creencias que asocian el hecho de tener un cuerpo delgado con ser más atractivo y saludable, lo que, lejos de llevar a alcanzar el objetivo deseado, contribuiría al aumento de la insatisfacción corporal (Faw et al., 2021; Simonds et al., 2018). Como consecuencia derivada de esta inmersión en la cultura de la dieta se muestran una serie de creencias erróneas acerca de la comida o la obesidad, como la idea de que los carbohidratos o el consumo de ciertos alimentos a determinadas horas del día engordan (Magallares et al., 2016). Estudios anteriores han encontrado que estas creencias

podrían basarse en el miedo a engordar, aspecto muy relacionado con el ideal de delgadez establecido (Simonds et al., 2018).

A pesar de que la obesidad se considera un factor de riesgo de diferentes problemáticas de salud (Pérez-Rodrigo et al., 2022), el remedio podría resultar peor que la enfermedad ya que, como ya se ha comentado anteriormente, las dietas restrictivas acarrearán varias consecuencias negativas en lo que a salud física y mental se refiere; considerándose conductas alimentarias de riesgo (Paredes et al., 2019). Por esta razón, se han creado otros enfoques que abogan por la abolición de este tipo de dietas, basados en la adopción de estilos de vida más saludables no centrados en la pérdida de peso o en la apariencia física (Brownell, 1991; Puente & Martínez-Marcos, 2017).

Un estilo de vida saludable, según la OMS (2018), incluye la ingesta de todos los grupos nutricionales y un aporte de energía adecuado, que sería de 2000 kcal/día de media; además de la práctica regular de actividad física. Este estilo de vida se ha asociado a mejores resultados a corto y largo plazo en lo que a salud física y mental se refiere, siendo un ejemplo del mismo la dieta mediterránea (Aucoin et al., 2021). Por esta razón, es fundamental que tanto los adultos como los niños conozcan las características de una alimentación equilibrada (Escalé et al., 2020). Una forma adecuada de conseguirlo, tal y como se ha observado en estudios como el de Kohen et al. (2021), son las intervenciones educativas nutricionales o educación nutricional, que contribuyen a la hora de modificar las actitudes hacia la comida y hábitos alimentarios arraigados, además de suponer un apoyo a la hora de perder el miedo a ciertos alimentos. Según señala la OMS (2018), serían los gobiernos los que deben desempeñar el papel más fundamental a la hora de crear un entorno alimentario saludable que permita a las personas adoptar y mantener unas correctas prácticas alimentarias. Sin embargo, la OMS no destaca otros aspectos de gran importancia, como son el hecho de formar a las personas sobre los riesgos y consecuencias de la práctica de este tipo de dietas y desmontar creencias erróneas; trabajo que podría ser desempeñado por los psicólogos de la salud. Además, sería importante llevar a cabo este proceso desde la adopción de una perspectiva de género ya que, como se ha observado, son las mujeres las que sufren en mayor medida esta problemática.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, se trata de un trabajo exploratorio realizado mediante la confección de preguntas ad hoc, por lo que sería necesario continuar el estudio para poder validar el cuestionario completo utilizado. Por esta razón, al final del cuestionario se estableció un apartado para que los sujetos mencionaran los aspectos que este pudiera no estar midiendo y que consideraban relevantes. Además, la presencia de sintomatología asociada a TCA fue tomada en cuenta en base a lo informado por los participantes, sin tener en cuenta lo que consideran “sintomatología asociada”, por lo que en investigaciones futuras se podría realizar un estudio directo de este aspecto. Por otro lado, los grupos de edad no se encuentran equilibrados, por tanto, sería interesante realizar estudios posteriores que tengan en cuenta en mayor medida edades más avanzadas. Por último, se estudiaron los efectos de las dietas en base a lo informado por los participantes. Sin embargo, se observó que un porcentaje importante de sujetos que afirmaron no llevar a cabo una dieta sí restringían alimentos y calorías, por lo que en posteriores estudios se podría hacer una medida más exhaustiva de este aspecto.

Como futuras líneas de investigación, sería interesante estudiar el efecto que tienen otro tipo de dietas en las variables *ansia por la comida e insatisfacción corporal*, como aquellas dedicadas al aumento de masa corporal o a la mejora del rendimiento físico. Además, ya que se trata del primer estudio que establece una relación entre la insatisfacción corporal y el ansia por la comida, resultaría importante indagar sobre la misma y sobre cómo otros aspectos, como el nivel de estudios, puede influir en esta; factor que no llegó a analizarse en este estudio por motivos de espacio. Finalmente, se considera necesario continuar con la línea de investigación acerca de las dietas restrictivas y en la concienciación sobre los peligros que acarrearán, abogando por nuevos enfoques de alimentación.

Conclusiones

La práctica de dietas, en concreto aquellas consideradas como restrictivas, se encuentra muy normalizada en la sociedad actual. Los resultados muestran que este tipo de dietas se encuentran relacionadas con la insatisfacción corporal y el aumento de ansia por la comida o *food craving*; además de estar muy ligadas al desarrollo de otras problemáticas, como los TCA. A pesar de que los resultados obtenidos no se han

adecuado completamente a las hipótesis planteadas, se han encontrado datos novedosos acerca de la relación entre dos variables que nunca habían sido estudiadas en conjunto (insatisfacción corporal y ansia por la comida); abriéndose además nuevas líneas de investigación. Se expone también la mayor presencia de estas problemáticas en mujeres, en comparación con los hombres, a causa de las diferentes influencias ejercidas sobre ambos grupos sociales. Por otra parte, se plantea la posibilidad de realizar futuras investigaciones más exhaustivas acerca de la influencia de las dietas en las variables objeto de estudio; además de estudiar la insatisfacción corporal en diferentes grupos de edad teniendo en cuenta otros aspectos, como la insatisfacción asociada al envejecimiento. La principal aportación del presente estudio es que las dietas restrictivas, lejos de ser útiles, acarrear todo tipo de consecuencias negativas para la salud mental.

Referencias

- Abdella, H. M., Farssi, H. O. E., Broom, D., Hadden, D. A., & Dalton, C. F. (2019). Eating behaviours and food cravings; influence of age, sex, BMI and FTO Genotype. *Nutrients*, *11*(2), 377. <https://doi.org/10.3390/nu11020377>
- Andrades Ramírez, C., & Herrero Martin, G. (2019). *Psiconutrición: aprende a tener una relación saludable con la comida*. ARCOPRESS.
- Andrés, A., & Saldaña, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, *34*(11), 944-950. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2014.09.003>
- Aucoin, M., LaChance, L., Naidoo, U., Remy, D., Shekdar, T., Sayar, N., Cardozo, V., Rawana, T., Chan, I., & Cooley, K. (2021). Diet and anxiety: a scoping review. *Nutrients*, *13*(12), 4418. <https://doi.org/10.3390/nu13124418>
- Bennett, B. L., Whisenhunt, B. L., Hudson, D. L., Wagner, A. F., Latner, J. D., Stefano, E. C., & Beauchamp, M. T. (2020). Examining the impact of social media on mood and body dissatisfaction using ecological momentary assessment. *Journal of American College Health*, *68*(5), 502-508. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1583236>
- Bonet, M. L., & Mach, N. (2016). Factores nutricionales y no nutricionales pueden afectar la fertilidad masculina mediante mecanismos epigenéticos. *Nutrición Hospitalaria*, *33*(5). <https://doi.org/10.20960/nh.591>
- Boticario, C. B. (2017). Nutrición y alimentación: mitos y realidades. *Aldaba*. (36), 79-88. <https://doi.org/10.5944/aldaba.36.2012.20535>
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, *22*(1), 1-12. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80239-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80239-4)
- Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling. *Archives of Internal Medicine*, *154*(12), 1325. <https://doi.org/10.1001/archinte.1994.00420120035004>

- Calogero, R. M. (2012). Objectification theory, self-objectification, and body image. En *Elsevier eBooks* (pp. 574-580). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-384925-0.00091-2>
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(02\)00082-7](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(02)00082-7)
- Carrard, I., Argyrides, M., Ioannou, X., Kvaem, I. L., Waldherr, K., Harcourt, D., & McArdle, S. (2021). Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life. *Journal of Women & Aging*, 33(1), 70-83. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681882>
- Castro, A. M. P., Gomez-Arbelaiz, D., Crujeiras, A. B., Granero, R., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Sajoux, I., Lopez-Jaramillo, P., Fernández-Aranda, F., & Casanueva, F. F. (2018). Effect of a very low-calorie ketogenic diet on food and alcohol cravings, physical and sexual activity, sleep disturbances, and quality of life in obese patients. *Nutrients*, 10(10), 1348. <https://doi.org/10.3390/nu10101348>
- Cepeda-Benito, A., Fernandez, M. C., & Moreno, S. N. (2003). Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, 40(1), 47-54. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(02\)00145-9](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(02)00145-9)
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernandez, M., Vila, J., Williams, T. L., & Reynoso, J. (2000a). The development and validation of spanish versions of the State and Trait Food Cravings Questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 38(11), 1125-1138. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00141-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00141-2)
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L., & Erath, S. A. (2000b). The development and validation of the State and Trait Food-Cravings Questionnaires. *Behavior Therapy*, 31(1), 151-173. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80009-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80009-x)
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Behar, R., & Arancibia, M. (2016). Influence of

sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 116-124.

<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Díaz Pérez, S., & Beltrán Morillas, A. M. (2021). Ansia por la comida y alimentación emocional: variables asociadas. *REIDOCREA*, 10(37), 1-10.

<https://doi.org/10.30827/digibug.70951>

Escalé, M. T., Chicano, D. M., Castillo, N. E., Sánchez, A., Arenas, D. G., Vidal, N. E. I., & De Carpi, J. M. (2020). Nutritional education in school-age children through Programa Nutriplato®. *Nutricion Hospitalaria*, 37(2), 47-51.

<https://doi.org/10.20960/nh.03357>

Fallon, E. A., Harris, B. S., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, 15(1), 151-158.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.11.007>

Faw, M. H., Davidson, K., Hogan, L., & Thomas, K. (2021). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among young adult women. *Personal Relationships*, 28(2), 406-426. <https://doi.org/10.1111/pere.12364>

Girard, M., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2018). Prospective predictors of body dissatisfaction, drive for thinness, and muscularity concerns among young women in France: A sociocultural model. *Body Image*, 26, 103-110.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.07.001>

Grodner, M. (1992). "Forever dieting": Chronic dieting syndrome. *Journal of Nutrition Education*, 24(4), 207-210. [https://doi.org/10.1016/s0022-3182\(12\)81162-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3182(12)81162-9)

Gruszka, W., Owczarek, A., Glinianowicz, M. O., Bąk-Sosnowska, M., Chudek, J., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Perception of body size and body dissatisfaction in adults. *Scientific Reports*, 12(1).

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-04706-6>

- Hill, A. F. (2007). The psychology of food craving. *Proceedings of the Nutrition Society*, 66(2), 277-285. <https://doi.org/10.1017/s0029665107005502>
- Klimešová, I., Elfmark, M., & Stelzer, J. (2020). Food craving intensity and gender differences. *American journal of health education*, 51(3), 179-185. <https://doi.org/10.1080/19325037.2020.1744489>
- Kohen, V. L., Del Portillo, R. C., Pérez, M. V., Álvarez, M. I. C., Alija, M. J. C., Matía-Martín, M. P., & Candela, C. G. (2021). Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings. *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 857-870. <https://doi.org/10.20960/nh.03617>
- Langeveld, M., & DeVries, J. H. (2015). The long-term effect of energy restricted diets for treating obesity. *Obesity*, 23(8), 1529-1538. <https://doi.org/10.1002/oby.21146>
- Liu, X., Hanseman, D. J., Champagne, C. M., Bray, G. A., Qi, L., Williamson, D. A., Anton, S. D., Sacks, F. M., & Tong, J. (2020). Predicting weight loss using psychological and behavioral factors: the pounds lost trial. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(4), 1274-1283. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz236>
- Magallares, A., Carbonero-Carreño, R., Ruiz-Prieto, I., & Jáuregui-Lobera, I. (2016). Beliefs about obesity and their relationship with dietary restraint and body image perception. *Anales de Psicología*, 32(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.215251>
- Marshall, C. C., Lengyel, C., & Utioh, A. (2012). Body dissatisfaction: among middle-aged and older women. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(2), 241. <https://doi.org/10.3148/73.2.2012.e241>
- Massey, A., & Hill, A. F. (2012). Dieting and food craving. A descriptive, quasi-prospective study. *Appetite*, 58(3), 781-785. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.020>
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. J., & Hetherington, M. M. (2012). Elaborated intrusion theory: a cognitive-emotional theory of food craving. *Current Obesity Reports*, 1(2), 114-121. <https://doi.org/10.1007/s13679-012-0010-2>

- Mendia, J., Pascual, A., & Conejero, S. (2022). Diferencias de género en variables asociadas a los trastornos alimentarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.30998>
- Meule, A., Hermann, T., & Kübler, A. (2014). A short version of the Food Cravings Questionnaire Trait: the FCQ-T-reduced. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00190>
- Meule, A., & Kübler, A. (2012). Food cravings in food addiction: The distinct role of positive reinforcement. *Eating Behaviors*, 13(3), 252-255. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.001>
- Moreno, S. N., Rodríguez, S., Fernandez, M. C., Tamez, J., & Cepeda-Benito, A. (2008). Clinical validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment*, 15(3), 375-387. <https://doi.org/10.1177/1073191107312651>
- Murillo-Godínez, G., & Pérez-Escamilla, L. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina Interna de México*, 33(3), 392-402.
- Oliveira, J. V., & Cordás, T. A. (2020). The body asks and the mind judges: Food cravings in eating disorders. *L'Encéphale*, 46(4), 269-282. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.01.003>
- Paredes, K. F., Díaz Reséndiz, F.J., & Díaz, M. L. B. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina*, 19(2). <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3283.2019>
- Pérez, J. M., Vega, H. B., Contreras, M. Y., Vásquez, S. I. A., & Pinto, N. S. (2021). El papel de variables biopsicosociales en la predicción del factor comportamental de la insatisfacción corporal. Un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 59(2), 63. <https://doi.org/10.21865/ridep59.2.05>
- Pérez-Rodrigo, C., Bárbara, G. H., Gianzo, M., & Aranceta-Bartrina, J. (2022). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados en la

- población general española: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 75(3), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.013>
- Porrás-García, B., Ferrer-García, M., Yilmaz, L., Sen, Y. O., Olszewska, A., Ghita, A., Serrano-Troncoso, E., Treasure, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2020). Body-related attentional bias as mediator of the relationship between body mass index and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 454-464. <https://doi.org/10.1002/erv.2730>
- Puente, J. M. G., & Martínez-Marcos, M. (2017). Sobrepeso y obesidad: eficacia de las intervenciones en adultos. *Enfermería Clínica*, 28(1), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.005>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K. S., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7), 1166-1173. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.32>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19-40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Saffon, S. P., & Saldarriaga, L. M. (2014). La internalización de ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.21618>
- Simonds, S. E., Pryor, J. T., & Cowley, M. A. (2018). Repeated weight cycling in obese mice causes increased appetite and glucose intolerance. *Physiology & Behavior*, 194, 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.05.026>
- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(S2), 20-22. <https://doi.org/10.1192/s0007125000298930>
- Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation

- mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15*(3), 340–363.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.3.340>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, *14*, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Winn, L. B., & Cornelius, R. R. (2020). Self-objectification and cognitive performance: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, *11*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00020>
- World Health Organization: WHO. (2018). Alimentación sana. *www.who.int*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Health Organization: WHO. (2021). Obesidad y sobrepeso. *www.who.int*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yong, C., Liu, H., Yang, Q., Luo, J., Ouyang, Y., Sun, M., Xi, Y., Xiang, C., & Lin, Q. (2021). The relationship between restrained eating, body image, and dietary intake among university students in China: a cross-sectional study. *Nutrients*, *13*(3), 990. <https://doi.org/10.3390/nu13030990>
- Zou, H., Yin, P., Liu, L., Liu, W., Zhang, Z., Yang, Y., Li, W., Zong, Q., & Yu, X. (2019). Body-weight fluctuation was associated with increased risk for cardiovascular disease, all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, *10*.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00728>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario: patrones alimentarios y su relación con el cuerpo y las actitudes hacia la comida

El presente estudio consta de dos fases. La primera se basa en un cuestionario al que debes responder en relación a tu patrón alimentario (pasado o actual), la percepción que tienes sobre tu cuerpo y tus actitudes hacia la comida. La segunda fase consta de un registro de tus hábitos alimenticios a completar durante una semana (más información al finalizar el cuestionario). Puedes participar en la primera fase (cuestionario), sin necesidad de participar en la segunda (registro).

La participación en ambas fases es completamente voluntaria. La primera fase será anónima, mientras que para la segunda será necesario el correo electrónico (con fines de contacto). Según dicta el Código Deontológico y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica, 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), en ambas fases, los datos obtenidos serán tratados con la mayor confidencialidad y rigor científico, reservándose para su uso en este trabajo.

Al contestar el siguiente cuestionario das tu consentimiento para participar en la investigación y afirmas que eres mayor de edad (18 años o más). La duración aproximada del cuestionario es de 15 minutos. **Por favor, responde con la mayor honestidad posible.**

Muchas gracias por tu participación.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Género:
- Edad:
- Nivel máximo de estudios cursado/finalizado. Opciones: Sin estudios, Educación Primaria, ESO o FP Básico, Bachillerato o FP Grado Medio, Estudios Universitarios o FP Grado Superior.
- ¿Cuánto mides aproximadamente (en centímetros)?
- ¿Cuánto pesas aproximadamente (en kilogramos)?

2. APARTADO DIETA Y ACTITUDES HACIA LA COMIDA

2.1. Dietas

1. ¿Has llevado a cabo alguna vez o llevas actualmente a cabo una dieta? Si/No. (si contesta que no se le dirige a la pregunta 23)

2. ¿Cuántas dietas has hecho a lo largo de tu vida? Indicar número de veces que te has puesto a dieta.
3. ¿A qué edad comenzaste a hacer dietas? Indicar.
4. En caso de haber hecho varias dietas, ¿cómo te hace sentir estar a dieta de forma recurrente?
5. ¿Cuál fue la razón por la que pusiste en marcha tu primera dieta? Puedes elegir varias opciones:
 - Influencia de otros (amigos, familiares, famosos, redes sociales, medios de comunicación, etc.)
 - Por salud (recomendación médica: diabetes, obesidad, riesgo cardiovascular, intolerancia, alergia, etc.).
 - Por salud (decisión propia).
 - Para aumentar mi rendimiento físico.
 - Para aumentar de peso/grasa corporal.
 - Para disminuir mi peso/grasa corporal.
 - Otro:
6. Si estás a dieta actualmente, indica cuál es el motivo principal para estarlo:
 - Misma razón que la pregunta anterior.
 - Otro.
7. ¿En qué consiste la dieta que sigues actualmente? Marca la opción/opciones que más se ajusten a tu plan alimenticio (elección múltiple):
 - Reducción de calorías.
 - Restricción de grupos nutricionales: grasas, hidratos de carbono (pan, etc.), proteínas, etc.
 - Restricción de alimentos ultraprocesados.
 - Dieta basada en un grupo nutricional: comer solo proteínas, comer solo grasas, etc.
 - Considero que sigo una dieta sana, equilibrada y que se adapta a mis necesidades.
 - Otro.
8. ¿Identificas la dieta que sigues actualmente con algún tipo concreto? Opciones:
 - Paleo.
 - Keto.
 - Detox.

- Atkins.
 - Proteica.
 - Ninguno.
 - Otro:
9. ¿Qué esperas conseguir a la hora de seguir una dieta?
- Lograr mi objetivo (indicado en la pregunta anterior) y volver a mi alimentación normal.
 - Cambiar mi estilo de alimentación por el actual para siempre.
 - Otro.
10. Si hiciste alguna dieta anteriormente, ¿por qué la dejaste? Opciones:
- No me funcionaba.
 - Pasaba hambre.
 - Consideraba que ya había alcanzado mi objetivo.
 - Otro.
11. ¿Qué sueles hacer cuando una dieta no te funciona?
- Suelo recurrir a otra dieta diferente.
 - Suelo recurrir a una dieta más estricta.
 - Suelo reducir más el número de calorías.
 - Suelo dejar la dieta.
 - Solo he hecho una dieta/es la primera vez que hago dieta.
 - Otro.
12. ¿Cómo te sientes cuando una dieta no te funciona? Puedes elegir varias opciones:
- Frustrado.
 - Triste.
 - Decepcionado.
 - Insatisfecho conmigo mismo.
 - Desesperado.
 - Ansioso.
 - No me importa.
 - Solo he hecho una dieta / es la primera vez que hago dieta.
 - Otro.

13. ¿Cuál dirías que es tu grado de satisfacción con la dieta que sigues actualmente respecto a objetivos alcanzados? Siendo 1 (Nada satisfecho) y 10 (Extremadamente satisfecho).
14. Llevando a cabo esta dieta, ¿sueles tener hambre? Por ejemplo: quedarte con hambre después de cada comida, tener hambre entre comidas, etc. Respuesta: Si/No
15. Llevando a cabo esta dieta, ¿tienes hambre de algún alimento específico? Por ejemplo, alimentos salados, alimentos dulces, etc. Respuesta: Si/No
16. Respecto a tu calidad de vida desde que sigues una dieta:
 - Ha mejorado.
 - Ha empeorado.
 - Se mantiene igual.
17. ¿Tienes pautado un día o comida (semanal, quincenal, etc.) para saltarte la dieta? Sí/No.
18. ¿Cumples con la comida o día que te propones (p.ej., solo una comida a la semana)? Si/No.
19. ¿Esperas con ansia que llegue ese día(s) o comida(s)? Si/No
20. ¿Cuántas veces te saltas la dieta al mes? Indicar número de veces:
21. ¿Te saltas la dieta de forma flexible? Si/No
22. ¿Te resulta fácil seguir tu dieta actual? Si/No.

2.2. Patrón alimentario

Respecto al patrón alimentario que sigues actualmente...

23. ¿Cuántas calorías consumes aproximadamente en un día? Opciones:
 - Menos de 1000.
 - Entre 1000 y 1200.
 - Entre 1200 y 1800.
 - Entre 1800 y 2100.
 - Más de 2100.
 - No lo sé/No las cuento.
24. ¿Cuántas comidas sueles hacer al día? Indicar número:
25. En caso de que hayas eliminado o reducido de manera importante algún grupo nutricional (**no** por motivos médicos, de alergia, intolerancia, gusto, etc.), ¿cuál de los siguientes has eliminado de forma mayoritaria? Opciones:

- Frutas.
 - Verduras.
 - Cereales refinados.
 - Cereales integrales.
 - Dulces.
 - Grasas animales.
 - Grasas vegetales.
 - Proteínas.
 - Ninguno.
 - Otro:
26. En caso de que no consumas algún alimento específico (sin tener en cuenta los alimentos que **no** consumes por motivos de alergia, intolerancia o porque no te gusten), indícalos:
- Panes.
 - Embutidos.
 - Huevos.
 - Cereales (pastas y arroces).
 - Frutas.
 - Verduras.
 - Frutos secos.
 - Bollería industrial.
 - Chocolate.
 - Alcohol.
 - Ninguno
 - Otro.
27. ¿Hay momentos del día en el que no consumas algún alimento concreto? (p.ej., fruta para cenar) Respuesta abierta.
28. ¿Consideras que es importante reducir el consumo de ciertos alimentos para mantenerte en su peso ideal? Si/No
29. En caso afirmativo, ¿cuál/es de los siguientes tipos de alimento consideras que es más importante reducir? Puedes elegir varias opciones:
- Frutas.
 - Verduras.

- Cereales refinados.
- Cereales integrales.
- Dulces.
- Grasas animales.
- Grasas vegetales.
- Proteínas.
- Ninguno.
- Otro:

30. ¿Hay algún alimento que consideres que es especialmente importante comerlo habitualmente para mantenerte en tu peso ideal? Puedes elegir varias opciones:

- Frutas.
- Verduras.
- Cereales refinados.
- Cereales integrales.
- Dulces.
- Grasas animales.
- Grasas vegetales.
- Proteínas.
- Ninguno.
- Otro:

31. ¿Tienes dificultades para ir al baño (p.ej., estreñimiento)? Si/No

32. ¿Con qué nivel de actividad física te identificas más?

- Sedentario (no practico deporte).
- Ligero (practico deporte un día a la semana, al menos una hora).
- Moderado (practico deporte 2-3 días a la semana).
- Activo (practico deporte 4 o más días a la semana).

33. ¿Consideras que disfrutas de la comida que comes en tu día a día? Sí/No.

34. ¿Cómo consideras que es tu relación con la comida actualmente? Opciones:

- Me cuesta controlarme a la hora de comer.
- Disfruto de lo que como.
- Como de una forma rápida y sin ser consciente.
- Otro.

3. APARTADO ANSIEDAD POR LA COMIDA

3.1. PARTE I – CUESTIONARIO

- ¿Consideras que sufres ansiedad respecto a la comida en tu día a día? Si/No
- ¿Cuál es el nivel aproximado de ansiedad ligada a la comida que experimentas a lo largo del día? Indicar de 1 (Nulo) a 10 (Extremo).
- ¿Qué nivel de ansiedad te genera comer “mal” o comer alimentos que sabes/crees que no deberías comer? Indicar de 1 (Nulo) a 10 (Extremo).
- Si comes alimentos que sabes/crees que no deberías comer, ¿te sientes culpable por hacerlo? Si/No
- Cuando comes alimentos que sabes/crees que no deberías comer, ¿pierdes el control a la hora de comer (p.ej., comes rápidamente, comes mucha cantidad sin darte cuenta, etc.)? Si/No
- Si pierdes el control, ¿qué sentimientos te genera hacerlo? Respuesta abierta.
- ¿Consideras normal estar a dieta (“lo está todo el mundo, no pasa nada”)? Si/No.

3.2. PARTE II – ESCALA FCQ-T

A continuación se van a presentar una serie de afirmaciones a las que debes responder indicando de 1 a 6 la frecuencia con la que te sientes identificado con las mismas siendo: (1) nunca, (2) raramente, (3) algunas veces, (4) a menudo, (5) casi siempre y (6) siempre.

1. Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre.
2. Cuando tengo un antojo, una vez empiezo a comer no puedo o me cuesta parar.
3. Cuando como lo que se me antoja, pierdo el control y como demasiado.
4. Detesto no poder resistir la tentación de comer.
5. Tener un antojo me hace pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer.
6. No hago más que pensar en la comida o en comer.
7. Me siento culpable cuando deseo ciertas comidas.
8. Como para sentirme mejor.
9. Mi vida parece perfecta cuando como todo lo que me apetece.
10. Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas.
11. Siento deseos intensos de comer cuando mi estómago está vacío.
12. Siento que mi cuerpo me pide ciertas comidas.
13. Cuando estoy muy hambriento/a siento que mi estómago es un pozo sin fondo.

14. Cuando como lo que deseo me siento psicológicamente mejor.
15. Cuando satisfago un antojo me siento culpable.
16. Cada vez que tengo un antojo hago planes para comerlo.
17. Comer me tranquiliza.
18. Siento deseos de comer cuando estoy aburrido/a, enfadado/a o triste.
19. Después de comer no tengo tanta ansiedad como antes de hacerlo.
20. Si tengo a mi alcance la comida que se me antoja, no puedo resistir la tentación de comerla.
21. Cuando se me antoja una comida intento comerla tan pronto como puedo.
22. Satisfacer un antojo me sienta muy bien.
23. No tengo la fuerza de voluntad para resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan.
24. Una vez me pongo a comer algo tengo problemas para dejar de hacerlo.
25. Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer.
26. Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer.
27. Si me dejo llevar por la tentación de comer, pierdo el control.
28. A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierto/a y estoy fantaseando con comer.
29. Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en ello hasta que como lo que se me antojó.
30. Cuando tengo un antojo me obsesiono con comer lo que deseo.
31. Deseo comer cuando siento emociones fuertes.
32. Cada vez que voy a un *buffet*, restaurante, etc., termino comiendo más de lo que necesito.
33. Para mí es difícil resistir la tentación de satisfacer mis antojos si están a mi alcance.
34. Cuando estoy con alguien que se excede comiendo, yo también me excedo.
35. Comer me alivia.
36. Suelo tener antojos de aquellos alimentos que me “prohíbo”.

4. APARTADO INSATISFACCIÓN CORPORAL

4.1. PARTE I – CUESTIONARIO

- Actualmente, ¿te gusta tu cuerpo? Si/No.
- ¿Estás satisfecho con tu peso/porcentaje de grasa actual? Si/No.
- Si te pesas, ¿cómo te sientes cuando lo haces? Respuesta libre:

- ¿Evitas pesarte porque te hace sentir mal? Si/No.
- ¿Cuál sería tu peso ideal? Indicar.

4.2. PARTE II – CUESTIONARIO BSQ

A continuación se van a presentar una serie de afirmaciones a las que debes responder indicando de 1 a 6 la frecuencia con la que te sientes identificado con las mismas siendo: (1) nunca, (2) raramente, (3) algunas veces, (4) a menudo, (5) casi siempre y (6) siempre.

1. ¿Te sueles preocupar por tu cuerpo?
2. ¿Estar preocupado por tu cuerpo te ha hecho pensar en ponerte a dieta?
3. ¿Piensas o has pensado (de manera negativa) que alguna parte de tu cuerpo es demasiado grande en proporción con el resto?
4. ¿Tienes o has tenido miedo a estar gordo/a (o más gordo/a)?
5. ¿Te preocupa que tu piel no sea suficientemente firme?
6. Sentirte lleno (después de la comida), ¿te ha hecho sentir mal con respecto a tu cuerpo (p.ej., te sientes gordo/a)?
7. ¿Te has sentido tan mal con respecto a tu cuerpo que has llorado por ello?
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?
9. ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?
12. ¿Te has fijado el cuerpo de otras personas y has comparado el tuyo con el de ellos desfavorablemente?
13. ¿Pensar en tu cuerpo ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves la televisión, estás leyendo, conversando, etc.)?
14. Estar desnudo/a ¿te ha hecho sentir mal con respecto a tu cuerpo?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?
17. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir mal con respecto a tu cuerpo?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales porque te has sentido mal respecto a tu cuerpo?
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a?
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?

21. ¿La preocupación por tu figura te ha inducido a ponerte a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (p.ej., no puedes controlarte y comer menos)
24. ¿Te ha preocupado que la gente vea tus “michelines”?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras personas sean más delgadas que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?
28. Verte reflejado en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu cuerpo?
29. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?
30. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (playas, piscinas, baños, vestidores, etc.)?
31. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?
32. ¿Te has fijado más en tu cuerpo cuando estas en compañía de otra gente en comparación a cuando estás solo/a?
33. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?

PREGUNTAS TCA

1. ¿Has sido diagnosticado y/o tratado alguna vez por TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria)? Si/No.
2. En caso de no haber sido diagnosticado ni tratado, ¿consideras que, de todas formas, has tenido algún problema relacionado con los TCA (tratar de vomitar, estar demasiado tiempo sin comer, tener una percepción diferente de tu cuerpo, etc.)? Si/No
3. Si has contestado que sí a las dos preguntas anteriores, ¿consideras que sigues teniendo los problemas mencionados? Si/No

El cuestionario planteado puede no medir de forma completa tu experiencia con las dietas, la ansiedad y tu cuerpo. Nos gustaría que, si precisa, añadieras toda la información que consideres importante:

Anexo 2. Reformulación de las preguntas del cuestionario FCQ-T

| Pregunta original | Reformulación |
|---|--|
| 2. Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que me pongo a comer no puedo parar de comer. | 2. Cuando tengo un antojo, una vez empiezo a comer no puedo o me cuesta parar. |
| 3. A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo el control y como demasiado | 3. Cuando como lo que se me antoja pierdo el control y como demasiado |
| 5. Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer. | 5. Tener un antojo me hace pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer. |
| 6. No hago más que pensar en la comida | 6. No hago más que pensar en la comida o en comer |
| 8. A veces, me encuentro pensativo preocupado con comida. | Eliminada. |
| 15. Cuando como lo que deseo me siento mejor. | 14. Cuando como lo que deseo me siento psicológicamente mejor. |
| 16. Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido. | Eliminada |
| 17. Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable. | 15. Cuando satisfago un antojo me siento culpable. |
| 18. Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer. | 16. Cada vez que tengo un antojo hago planes para comerlo. |
| 21. Después de comer no tengo tanta ansiedad. | 19. Después de comer no tengo tanta ansiedad como antes de hacerlo. |
| 22. Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla. | 20. Si tengo a mi alcance la comida que se me antoja, no puedo resistir la tentación de comerla. |

| | |
|--|---|
| 24. Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente. | 22. Satisfacer un antojo me sienta muy bien. |
| 32. Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionado con comer lo que deseo. | 30. Cuando tengo un antojo me obsesiono con comer lo que deseo. |
| 35. Para mí es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance | 33. Para mí es difícil resistir la tentación de satisfacer mis antojos si están a mi alcance. |
| 38. Cuando estoy muy estresada me entran deseos fuertes de comer | Eliminada |
| 39. Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada | Eliminada |