



**Facultad de
Ciencias de la Salud
y del Deporte - Huesca
Universidad Zaragoza**

Grado en Nutrición Humana y Dietética

Trabajo de Fin de Grado

Calidad de la alimentación en jóvenes deportistas: aspectos psicológicos determinantes de la elección de su dieta.

Nutrition quality in young athletes: determining psychological aspects of their diet choice.

Autor

Alfonso Romero Bolaños

Director

Ricardo Fueyo Díaz

Área de Psicología Básica

Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte

Septiembre de 2021

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo explorar la influencia de los aspectos psicológicos como son la autoestima, la autoeficacia y la gestión de emociones relacionada con la comida en la adherencia a la dieta mediterránea en los jóvenes deportistas, y encontrar la posible relación entre ellas. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, en el que participaron 140 personas que tenían de 18 a 35 años, deportistas, residentes en España. Para medir las variables, se elaboró un cuestionario *ad hoc* vía Google forms, en el que se incluyeron la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), la escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (GSE), el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet (CCE), y el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED), junto a otras preguntas de interés. Los resultados obtenidos indicaron que el 44,3% de la muestra tenían una alta adherencia a la dieta mediterránea, e indicaba tener una autoeficacia alta ($32\pm 5,44$). El grupo de baja adherencia (55,7%) señalaba una peor gestión de las emociones relacionadas con la comida ($11,7\pm 5,97$, $p<,042$) siendo mujer ($11,9\pm 5,84$, $p<,001$). En conclusión, el 55,7% presentaba una baja adherencia a la dieta mediterránea, la autoestima no influye en la adherencia a la dieta mediterránea, y la autoeficacia juega un papel predictivo junto al género en la adherencia a la dieta mediterránea.

Abstract: The aim of this study was to explore the influence of psychological aspects such as self-esteem, self-efficacy, and management of emotions related to food in the adherence to the Mediterranean Diet in young athletes, and to find possible relationship between variables. This is a descriptive and cross-sectional study, in which 140 people from 18 to 35 years old, athletes, residents in Spain and did not follow a vegetarian or vegan diet model were involved. To measure variables, an *ad hoc* questionnaire was developed via Google Forms, which included the Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE), Baessler and Schwarzer's General Self-Efficacy Scale (GSE), Garaulet's Emotional Eater Questionnaire (EEQ), and Mediterranean Diet Adherence Questionnaire (PREDIMED), beside other questions of interest. The results obtained indicated that 44.3% of the sample had a high adherence to the Mediterranean Diet, and indicated to have self-efficacy (32 ± 5.44). Low adherence group pointed to a worse management of emotions related food (11.7 ± 5.97 , $p<.042$) being women (11.9 ± 5.84 , $p<.001$). In conclusion, the 55.7% presented low adherence to the Mediterranean Diet, self-esteem doesn't affect in the adherence to the Mediterranean Diet, and self-efficacy has a predictive role with gender in the adherence to the Mediterranean Diet.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Objetivos..... | 4 |
| 3. Material y métodos..... | 4 |
| 3.1. Diseño..... | 4 |
| 3.2. Participantes..... | 4 |
| 3.3. Variables..... | 4 |
| 3.4. Instrumentos..... | 6 |
| 3.5. Procedimiento..... | 7 |
| 3.6. Análisis de datos..... | 7 |
| 3.7. Aspectos éticos..... | 7 |
| 4. Resultados..... | 8 |
| 4.1. Autoestima..... | 12 |
| 4.2. Autoeficacia..... | 13 |
| 4.3. Relación comida-emociones..... | 14 |
| 4.4. Adherencia a la dieta mediterránea..... | 15 |
| 4.5. Otras variables..... | 19 |
| 4.6. Influencia de los aspectos psicológicos en la adherencia a la dieta mediterránea..... | 21 |
| 5. Discusión..... | 23 |
| 5.1. Autoestima..... | 23 |
| 5.2. Autoeficacia..... | 24 |
| 5.3. Emociones..... | 24 |
| 5.4. Adherencia a la dieta mediterránea..... | 25 |
| 5.5. Otras variables..... | 25 |
| 5.6. Influencia de los aspectos psicológicos en la adherencia a la dieta mediterránea..... | 26 |
| 6. Conclusiones..... | 27 |
| 7. Referencias..... | 28 |
| ANEXOS..... | 34 |

Listado de abreviaturas:

HAPA: Health Action Process Approach.

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.

GSE: Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer.

CCE: Cuestionario del Comedor-Emocional de Garaulet.

PREDIMED: Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

1. Introducción.

Por la situación geográfica y la tradición de España, el modelo de alimentación que predomina es el de la dieta mediterránea, uno de los modelos de alimentación más sanos del mundo, siendo esencial para la prevención de patologías junto a la práctica de actividad física (1).

La dieta mediterránea se caracteriza por el consumo elevado de verduras, hortalizas, frutas, frutos secos, legumbres y cereales, el consumo moderado de pescados huevos y productos lácteos, preferentemente yogurt o queso, y consumiendo con menor frecuencia carnes y grasas animales, garantizando tanto el aporte calórico y nutricional correcto en cantidades adecuadas (2).

Se respalda por varios estudios (2,3,4) que la relacionan a un menor riesgo de mortalidad, y de la mayoría de las enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias, el infarto de miocardio, reduciendo la incidencia general en diferentes tipos de cáncer, la diabetes y enfermedades neurodegenerativas (2). La dieta mediterránea está asociada a diferentes beneficios, como una mejor salud y calidad de vida (3) debido al elevado consumo de antioxidantes y alimentos de origen vegetal, y mejoras en aspectos sociales, emocionales y deportivos (5).

En un estudio realizado en 2018 por Chacón-Cuberos et al. (1) se llega a la conclusión que los jóvenes españoles que tienen más motivación hacia el deporte suelen tener una baja adherencia a la dieta mediterránea, por lo que no siguen una dieta de calidad para mejorar su rendimiento deportivo. Siendo tan accesible para los españoles esta dieta por la ubicación de España, ¿por qué emplean una dieta de peor calidad que no mejore su rendimiento deportivo?

Para responder a la pregunta, se piensa en como propiciar el cambio hacia un hábito que se mejor para su salud. El modelo HAPA (Health Action Process Approach) de Schwarzer (1988,2011), es una teoría psicológica del cambio de comportamiento de salud (6). Este se entiende como la modificación de comportamientos que comprometen a la salud por otros que la mejoren. El cambio conductual se inicia mediante tres factores: la autoeficacia, una expectativa de resultado y cómo se afrontan las barreras para la adherencia a un hábito saludable.

Las expectativas de resultado y el afrontamiento de barreras varían en función de la autoeficacia, siempre que vaya acompañado por una autoestima positiva (6,7). La autoeficacia representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva, en la que la motivación humana y la conducta son regulados por el pensamiento y las expectativas de la situación, de resultado, y de autoeficacia percibida, es decir, la creencia de una persona de poseer las capacidades necesarias para ejecutar una conducta para obtener los resultados deseados (8). La autoestima, según Rosenberg, es un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (9). Los niveles bajos de autoestima y autoeficacia dificultan adherirse a un hábito saludable.

La autorregulación es la capacidad de control y gestión de las propias acciones, respuestas y regular la propia conducta (pensamientos, emociones y acciones) (10). En la alimentación, tiene un papel fundamental, ya que, si es baja, la ingesta de comida insana es mayor, y se descontrola la relación entre la comida y las emociones (10). Por ello es importante mantener una relación comida-emociones saludable.

En varios estudios (7,10) se halló que en personas que realizaban actividad física, presentaban mejores niveles de autoeficacia, autoestima y autorregulación quienes encontraban alternativas a las actividades que realizaban (p.ej., si no podían acudir a su clase de zumba, salían a correr), aplicándose este comportamiento a otros hábitos saludables, como es la alimentación (10).

El deporte o actividad física es cualquier movimiento corporal realizado mediante la musculatura esquelética y crea a su vez un gasto energético (11). En los últimos 30 años ha aumentado especialmente la población que practicaba estas actividades (12). Hay un amplio espectro de deportes que se realizan, como deportes de combate, de pelota, atléticos, mecánicos, entre otros.

Si hablamos del ámbito deportivo, se ha encontrado que la práctica de deporte puede promover la búsqueda del perfeccionismo mediante una excesiva tendencia a críticas y evaluaciones, tanto a uno mismo como a los demás (12,13). Esto tiene un papel influyente en el funcionamiento emocional, habitual y cognitivo de los atletas, y en el cambio conductual de estos, al mismo tiempo que la presión deportiva y social, la falta de afecto, la insatisfacción corporal y la internalización en uno mismo, viéndose alterados la autoestima, la autoeficacia, y las emociones, desembocando en la dependencia al ejercicio físico y cambios de estados de ánimo (14,15).

Esta alteración en la autoestima, autoeficacia y emociones se puede dar por la presión deportiva, es decir, ser deportista o no, el nivel de competición y el tipo de deporte, y esto puede variar en función de la experiencia del deportista (años que lleve entrenando), las horas de entrenamiento a la semana, y si está compitiendo o no, por lo que en deportistas profesionales se observa peores niveles que los recreativos (15). La presión social incita a la distorsión corporal, ya que la sociedad establece que las mujeres deben tener un cuerpo delgado, y los hombres más a uno musculoso, internalizando esta presión en los deportistas por la familia, ambiente deportivo, los medios de comunicación, las redes sociales y el internet (16,17). También se ve afectado el autoconcepto por la internalización de un cuerpo ideal externamente establecido, normalmente casi imposible de obtener, haciendo menospreciar el propio cuerpo, creando la insatisfacción corporal, que tiene una mayor asociación con atletas que con el resto de la población (15,18). Y, por último, el afecto, que se suele medir negativamente, está influenciado por la presencia o ausencia del apoyo social y control de impulsos, las habilidades de enfrentamiento del individuo, la capacidad para procesar el estrés y las molestias, desembocando en la dependencia del ejercicio físico, y la práctica compulsiva de este, llegando a perjudicar al deportista (15,19).

Según el deporte que se practique, la autoestima, la autoeficacia, y las emociones, pueden estar alteradas en menor o mayor medida (20,21). En la gimnasia rítmica se observa que las mujeres suelen presentar trastornos alimenticios y/o insatisfacción sobre su físico o sobre ellas mismas, acompañado con una baja autoestima (20). Sin embargo, respecto a usuarios de gimnasio, el autoconcepto y la autopercepción varía en función del género. En hombres se observa una mejor autopercepción y autoconcepto que en mujeres, pero ambos suelen tender a la distorsión de la imagen corporal (21).

En el deporte, la autoeficacia tiene un efecto relevante y positivo en el rendimiento deportivo (22), ya que, teniendo una autoeficacia general, cada persona está más cerca del éxito, afrontando cada situación positivamente, sabiendo que cada obstáculo que se interponga en el camino se puede evitar manteniendo la calma bajo cualquier tipo de presión (22). Por otro lado, la autorregulación de las emociones potencia la autoeficacia (23). Aunque se le ha dado más relevancia en el ámbito deportivo a las emociones negativas, las emociones positivas, como es la felicidad, fomentan la motivación, la atención, la capacidad para afrontar problemas y la adversidad, que, junto a las habilidades que aporta una buena autoeficacia, se apreciará un mejor rendimiento en deportistas junto con un aumento de autoestima, que en definitiva, mejora el desempeño de la actividad física (23).

Según Muñoz-Villena (13), a distintos niveles de autoestima, se indicaron diferentes niveles de gestión de emociones. En aquellos con niveles más elevados de autoestima, las emociones se administran y controlan mejor que en aquellos con menor autoestima, que presentan más estados de ira por no conseguir su objetivo, por la constante búsqueda del perfeccionismo.

Para estos aspectos psicológicos, la dieta mediterránea presenta mejorías. Para aquellos que presentan una adherencia adecuada a la dieta, y/o practican deporte frecuentemente, tienen mejores niveles de autoestima, siendo estos dos hábitos relacionados positivamente con el autoconcepto mediante la promoción de la salud física y mental (24). La autoeficacia se ve afectada, ya que proporciona una influencia positiva a este aspecto (25), beneficiando a la salud física y mental, y motivando a la gente mejorando la satisfacción propia (26). Y, para las emociones, se asocia con el bienestar emocional, aportando más beneficios y mejor calidad de vida más allá del bienestar (27).

Por otra parte, se asocia que, en personas que no practican el deporte profesionalmente, utilizan más suplementos deportivos que los profesionales. Estos suplementos no son recomendados por Dietistas-Nutricionista, sino frecuentemente por instructores y propietarios de clubes deportivos, que generalmente no tienen conocimientos sobre nutrición para poder sugerir la toma de estos (28). En el lado opuesto, es decir, quienes no consumen suplementos deportivos, piensan que su consumo puede ocasionar problemas para la salud, pero, no todos los suplementos son dañinos, se le atribuirá este daño si las cantidades son incorrectas (por exceso), o por la salud de cada individuo (28).

Otro problema importante es que la falta de información, conlleva que se empleen dietas incompletas nutricionalmente, que no sean suficientes para las necesidades energéticas y nutricionales, o en su

defecto, dietas como la hiperproteica, que sobrepasa las necesidades (29,30). Quizás esta falta de información sea el motivo de que no se emplee la dieta mediterránea en jóvenes deportistas.

Por ello, el objetivo de este estudio fue estudiar sobre si, en jóvenes deportistas de 18 a 35 años, que practiquen cualquier tipo de deporte y con diferentes frecuencias, existe una relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y aspectos psicológicos como son la autoeficacia, autoestima y la gestión de las emociones.

2. *Objetivos*

El objetivo principal es explorar la influencia de los factores psicológicos (autoeficacia, autoestima, relación comida-emociones) en la calidad de la dieta y en la adherencia a la dieta mediterránea en jóvenes deportistas. En consecuencia, los objetivos secundarios son los siguientes:

- Estudiar si la relación entre los factores psicológicos y la adherencia a la dieta mediterránea se ve afectada por los diferentes tipos de deporte y la frecuencia con la que se practique.
- Explorar sobre la percepción de los participantes sobre su calidad de vida y su satisfacción corporal.
- Reflexionar sobre la alimentación que llevan los jóvenes deportistas, sus conocimientos y sobre la impresión sobre dietistas-nutricionistas.
- Estudiar cuales son los suplementos deportivos más utilizados por la población objetivo.

3. *Material y métodos.*

3.1. *Diseño.*

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de estimar los valores medios de las variables autoeficacia, autoestima y relación comida-emociones en la adherencia a la dieta mediterránea en jóvenes deportistas mediante un cuestionario diseñado al efecto.

3.2. *Participantes.*

Los criterios de inclusión fueron que tuviesen de 18 a 35 años, practicasen deporte semanalmente y residieran en España. Como criterios de exclusión se estableció el vegetarianismo/veganismo porque para la muestra obtenida, no se recibieron respuestas suficientes como para poder estudiar este modelo de alimentación.

3.3. *Variables.*

Las variables principales que se midieron fueron:

- Autoeficacia: según Albert Bandura, se denomina autoeficacia a la creencia en la capacidad de uno mismo o al realizar una tarea determinada, teniendo importancia en como el propio individuo se acerca a sus objetivos, las expectativas de resultado y cómo afronta las barreras (6).
- Autoestima: es el resultado emocional que surge si aceptamos y nos agrada nuestro propio autoconcepto. No surge de la evaluación positiva situacional, sino de estimar y aceptarnos a nosotros mismos. Según Rosenberg, es un sentimiento hacia uno mismo, pudiendo ser positivo o negativo, que se construye por medio de la autoevaluación de las propias características (9). Conjunto de creencias, percepciones, evaluaciones y pensamientos que tenemos acerca de nosotros mismos (31).
- Relación comida-emociones: también se entiende como el concepto del ‘comer emocional’. Se deriva de la teoría psicosomática proveniente del psicoanálisis y define a aquella persona que presenta como mecanismo disfuncional, el regular sus emociones negativas a partir de la ingesta de alimentos (32). Es la capacidad de control y gestión de las propias acciones, respuestas y regular la propia conducta (pensamientos, emociones y acciones) (10).
- Adherencia a la dieta mediterránea: grado en el que se emplea la cultura alimentaria propia de los países del Mar Mediterráneo, es decir el consumo elevado de verduras, hortalizas, frutas, frutos secos, legumbres y cereales, el consumo moderado de pescados huevos y productos lácteos, preferentemente yogurt o queso, y consumiendo con menor frecuencia carnes y grasas animales (1,2).
- Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (33).
- Presión deportiva: conjunto de factores que inciden en el deporte relacionados con la actividad física, como son ser deportista o no, el nivel de competición y el tipo de deporte, y esto puede variar en función de la experiencia en el deporte, las horas de entrenamiento a la semana, y el periodo en el que se encuentre (15).
- Presión social: creencias o estereotipos creados socialmente que hacen seguir ideales no alcanzables para todos, y que condicionan a los individuos por encajar en la sociedad (15).
- Satisfacción corporal: grado de aceptación que tiene una persona a la hora de valorar su aspecto físico (15).

Y otras variables sociodemográficas como edad, género y experiencia.

3.4. Instrumentos.

Los siguientes cuestionarios estandarizados se reunieron en un cuestionario *ad hoc* que se creó y compartió vía Google Forms, junto a otras preguntas que ayudaron a alcanzar los objetivos. Este cuestionario se lanzó el 28 de julio de 2021, y se cerró el 12 de agosto de 2021.

Para medir las variables principales, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Autoeficacia. Se utilizó la escala de Autoeficacia General creada por Baessler y Schwarzer (GSE) en su adaptación española (25). Es una escala que consta de 10 ítems con formatos de respuestas de escalas tipo Likert de 4 rangos; 1 = incorrecto, 2 = apenas cierto, 3 = más bien cierto, 4 = cierto. A mayor punteo supone un nivel más alto de autoeficacia, siendo el valor máximo 40 puntos, y el mínimo 10 puntos (25). Ítem tipo: 'Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente'.

Para facilitar la interpretación, y debido a su parentesco, se va a tomar el mismo esquema de interpretación que en la escala de Autoestima de Rosenberg, es decir, de 10 a 25 sería autoeficacia baja, de 26 a 29 autoeficacia moderada y de 30 a 40 autoeficacia elevada.

- Autoestima. Para medir esta variable se empleó la escala de Autoestima de Rosenberg. Rosenberg (EAR) en su versión española (9), escala con 10 ítems, y 4 respuestas, Muy de acuerdo (A), De acuerdo (B), En desacuerdo (C) y Muy en desacuerdo (D). De los ítems 1 al 5, las respuestas de A a D se puntúan de 4 a 1, y de los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Se interpretaría de 30 a 40 puntos como autoestima elevada, de 26 a 29 autoestima moderada, y menos de 25 puntos autoestima baja (34). Un ejemplo de ítem sería: 'Estoy convencido de que tengo cualidades buenas'.
- Relación comida-emociones. Se aplicó el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet (CCE) en su versión española (35), compuesto por 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, donde 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = generalmente, y 3 = siempre. De 0 a 5 puntos, comedor no emocional; de 6 a 10, comedor poco emocional, de 11 a 20 comedor emocional, y de 21 a 30, comedor muy emocional (35). Ítem tipo: '¿Te sientes culpable cuando comes alimentos ultraprocesados?'.
- Adherencia a la dieta mediterránea. Para medir la adherencia a esta dieta se utilizó el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED) (25), un cuestionario de 14 ítems con 2 respuestas para cada pregunta. La puntuación máxima es 14, ya que, en cada pregunta, si la respuesta es la asociada a la dieta mediterránea, suma 1 punto, y si no suma 0 (25). Si el punteo es mayor o igual a 9 supone adherencia. Un ejemplo de ítem sería: '¿Usas aceite de oliva como principal grasa para cocinar?', con las respuestas 'sí' (+1) y 'no' (+0).

Para el resto de las variables que se cuestionaron a los participantes, se incluyeron ítems como preguntas con varias respuestas para escoger una o todas las que quisieran, de respuesta abierta en las que redactaban o era una respuesta libre, o escalas en las que calificaban ellos mismos las variables. Por ejemplo, para la variable 'calidad de vida', se introdujo el ítem de escala 'Evalúa de 0 a 10 tu calidad de vida, siendo 0 (pésima) y 10 (óptima)', o para la variable 'Dietista-Nutricionista', el ítem de respuesta dicotómica '¿Has acudido previamente a un Dietista-Nutricionista?' y de respuesta libre '¿Cuál es el motivo por el que acudiste (o no) a un Dietista-Nutricionista?' (ver ANEXO I).

3.5. Procedimiento.

Para el procedimiento del trabajo, se comenzó seleccionando los cuestionarios estandarizados con los que se medirían las variables principales autoeficacia, autoestima, relación comida-emociones, y adherencia a la dieta mediterránea, escogiendo la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), la escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (GSE), Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet (CCE), y el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED). Se elaboró el cuestionario *ad hoc* en Google Forms con los cuestionarios seleccionados junto al resto de ítems, incluyéndose al inicio del cuestionario una sección en la cual debían dar el consentimiento informado. La distribución se llevó a cabo mediante el método de 'bola de nieve', a través de las plataformas de WhatsApp e Instagram, enviándose tan solo a aquellos que cumplían los criterios de inclusión.

3.6. Análisis de datos.

La información recogida mediante los cuestionarios se analizó en el programa jamovi versión 1.6.23, analizando porcentajes, la distribución de frecuencias, medias, desviación estándar y coeficiente de variación. Para hallar el valor p para cada variable, se usó la prueba Kruskal-Wallis, para cuando sea 3 o más grupos, como cuando se segmente en los diferentes deportes, objetivos de la práctica deportiva y frecuencia semanal, y la prueba U de Mann-Whitney, cuando sea 2 grupos, es decir, para el sexo. Para comparar medias *post hoc* se utilizó la comparación por parejas de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

3.7. Aspectos éticos.

Para poder realizar este trabajo se solicitó el dictamen favorable del CEICA (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón) siguiendo el protocolo de investigación, solicitando el consentimiento informado previamente a los participantes, explicando el procedimiento, y recogiendo y tratando los datos de manera anónima.

4. Resultados.

Se recogieron un total de 140 cuestionarios válidos. De esas 140 personas, un 34,3% de los encuestados fueron hombres, mostrando tener una media de 22,9 años y una desviación típica de 2,8, y 65,7% mujeres, con media de 22,2 años y desviación típica de 2,57. Para la experiencia, los hombres habían entrenado $10,8 \pm 6,16$ años y las mujeres $7,52 \pm 6,15$ (Tabla 1).

Tabla 1:

Edad y experiencia en función del sexo.

| Sexo | Edad | | | | | | Experiencia | | | | | |
|--------|------|-------|------|------|------|-------|-------------|-------|------|------|------|-------|
| | N | Media | DT | Mín. | Máx. | % | N | Media | DT | Mín. | Máx. | % |
| Hombre | 48 | 22,9 | 2,80 | 18 | 32 | 34,3% | 48 | 10,8 | 6,16 | 1 | 22 | 34,3% |
| Mujer | 92 | 22,2 | 2,57 | 18 | 35 | 65,7% | 92 | 7,52 | 6,15 | 1 | 23 | 65,7% |

Nota: Edad y Experiencia se miden en años.

El grupo de deportes atléticos (15%) tenían una media de edad de $22 \pm 2,04$ años y llevaban entrenando $7,52 \pm 5,43$ años, deportes de combate (7,1%) $22,3 \pm 3,83$ años y $9,30 \pm 4,97$ entrenando, deportes de pelota (28,6%) $22,1 \pm 2,15$ años de edad y $13,4 \pm 5,93$ entrenando, deportes en la naturaleza (10%) $23,9 \pm 3,99$ años y $7,79 \pm 5,65$ entrenando, y deportes de musculación (39,3%) $22,6 \pm 2,51$ de edad y $5,73 \pm 5,37$ entrenando (tabla 2).

Tabla 2:

Edad y experiencia en función del tipo de deporte.

| Deportes | Edad | | | | | | Experiencia | | | | | |
|---------------------------|------|-------|------|------|------|------|-------------|-------|------|------|------|------|
| | N | Media | DT | Mín. | Máx. | % | N | Media | DT | Mín. | Máx. | % |
| Deportes atléticos | 21 | 22 | 2,04 | 19 | 29 | 15 | 21 | 7,52 | 5,43 | 1 | 19 | 15 |
| Deportes de combate | 10 | 22,3 | 3,83 | 18 | 32 | 7,1 | 10 | 9,30 | 4,97 | 4 | 17 | 7,1 |
| Deportes de pelota | 40 | 22,1 | 2,15 | 18 | 29 | 28,6 | 40 | 13,4 | 5,93 | 1 | 23 | 28,6 |
| Deportes en la naturaleza | 14 | 23,9 | 3,99 | 21 | 35 | 10 | 14 | 7,79 | 5,65 | 2 | 17 | 10 |
| Deportes de musculación | 55 | 22,6 | 2,51 | 18 | 31 | 39,3 | 55 | 5,73 | 5,37 | 1 | 20 | 39,3 |

Nota: Edad y Experiencia se miden en años.

En hombres, según para el deporte que practicase, los valores medios de edad variaban, siendo para deportes atléticos $22,6\pm 3,02$ años, para deportes en la naturaleza $22,5\pm 0,707$ años, para deportes de combate $23,1\pm 4,30$, para de pelota $23,0\pm 2,11$ y para deportes de musculación $23,0\pm 3,19$ años. Quienes tenían más experiencia practicando deporte fueron los deportes de pelota ($14,5\pm 6,04$), seguidos por los deportes atléticos ($9,63\pm 4,21$) y de combate ($9,57\pm 4,83$), deportes de musculación ($7,42\pm 5,70$), y, por último, los deportes de naturaleza ($5,0\pm 4,24$). En el caso de las mujeres, en los deportes de la naturaleza ($24,2\pm 4,28$) tenían la edad media más alta, deportes de musculación ($22,5\pm 2,31$), deportes atléticos ($21,5\pm 1,05$), deportes de pelota ($21,2\pm 1,87$), y deportes de combate ($20,3\pm 1,53$). Los deportes de pelota era los que llevaban más tiempo practicándose ($12,4\pm 5,78$), los deportes de combate ($8,67\pm 6,35$) y en la naturaleza ($8,25\pm 5,86$) tenían medias similares, y luego los deportes atléticos ($6,23\pm 5,86$) y los deportes de musculación. ($5,26\pm 5,24$) los que menos. Las edades máximas en hombres se alcanzaron en deportes de combate y de musculación con 32 y 31 años, y las mujeres en deportes en la naturaleza y de musculación, con 35 y 31 años. Los deportes que llevan más tiempo practicándose para ambos grupos fueron los deportes de pelota y de musculación. (Tabla 3).

Tabla 3:

Edad y tiempo en función de sexo y género

| Sexo | Deporte | N | Edad | | | | | Experiencia | | | | |
|--------|---------------------------|----|-------|-------|------|------|-------|-------------|------|------|------|-------|
| | | | Media | DT | Mín. | Máx. | % | Media | DT | Mín. | Máx. | % |
| Hombre | Deportes atléticos | 8 | 22,6 | 3,02 | 19 | 29 | 5,7% | 9,63 | 4,21 | 4 | 16 | 5,7% |
| | Deportes de combate | 7 | 23,1 | 4,30 | 18 | 32 | 5% | 9,57 | 4,83 | 4 | 17 | 5% |
| | Deportes de pelota | 19 | 23,0 | 2,11 | 20 | 29 | 13,6% | 14,5 | 6,04 | 1 | 22 | 13,6% |
| | Deportes en la naturaleza | 2 | 22,5 | 0,707 | 22 | 23 | 1,4% | 5,0 | 4,24 | 2 | 8 | 1,4% |
| | Deportes de musculación | 12 | 23,0 | 3,19 | 18 | 31 | 8,6% | 7,42 | 5,70 | 1 | 20 | 8,6% |
| Mujer | Deportes atléticos | 13 | 21,5 | 1,05 | 20 | 24 | 9,3% | 6,23 | 5,86 | 1 | 19 | 9,3% |
| | Deportes de combate | 3 | 20,3 | 1,53 | 19 | 22 | 2,1% | 8,67 | 6,35 | 5 | 16 | 2,1% |
| | Deportes de pelota | 21 | 21,2 | 1,87 | 18 | 24 | 1,5% | 12,4 | 5,78 | 1 | 23 | 1,5% |
| | Deportes en la naturaleza | 12 | 24,2 | 4,28 | 21 | 35 | 8,6% | 8,25 | 5,86 | 2 | 17 | 8,6% |
| | Deportes de musculación | 43 | 22,5 | 2,31 | 19 | 31 | 30,7% | 5,26 | 5,24 | 1 | 20 | 30,7% |

Nota: Edad y Experiencia se miden en años.

Según el objetivo de la práctica deportiva varía la frecuencia semanal con la que los encuestado realizaban ejercicio físico (Tabla 4). Aquellos que realizaban deporte por salud exclusivamente (62 personas), el 16,12% se ejercitaba menos de 3 horas, un 45,16% de 3 a 5 horas, otro 29,05% de 6 a 8 horas y el 9,67% restante más de 10 horas. En el grupo que tenía la actividad física como uso recreativo u ocio (62 personas), la frecuencia de menos de 3 horas correspondía al 8,06%, para 3 a 5 horas el 41,94%, de 6 a 8 horas el 37,1% y más de 10 horas un 10,9%. De las 12 personas que practicaban deporte de forma profesional, 8,33% lo practicaba menos de 3 horas semanales, 8,33% de 3 a 5 horas, 41,67% de 6 a 8 horas y 41,67% más de 10 horas. Y, por último, de 4 personas que no lo hacían con un objetivo nada más, 25% mantenía una frecuencia de menos de 3 horas, 50% de 6 a 8 horas, y 25% de más de 10

horas semanales. Sin tener en cuenta los objetivos de los encuestados, a la semana el 12,13% del total practicaba deporte menos de 3 horas, el 39,29% de 3 a 5 horas, el 34,29% de 6 a 8 horas, y 14,29% más de 10 horas.

Tabla 4:

Frecuencia semanal para cada objetivo de la práctica deportiva.

| Objetivo de la práctica deportiva | Frecuencia semanal | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------------|-------|
| | Menos de 3 horas | | 3-5 horas | | 6-8 horas | | Más de 10 horas | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Por salud | 10 | 7,1% | 28 | 20% | 18 | 12,9% | 6 | 4,3% |
| Profesional | 1 | 0,7% | 1 | 0,7% | 5 | 3,6% | 5 | 3,6% |
| Recreativo u ocio | 5 | 3,6% | 26 | 18,6% | 23 | 16,4% | 8 | 5,7% |
| Todos | 1 | 0,7% | 0 | 0% | 2 | 1,4% | 1 | 0,7% |
| Total para cada frecuencia semanal | 17 | 12,1% | 55 | 39,3% | 48 | 34,3% | 20 | 14,3% |

En la tabla 5 se expone los valores medios recibidos para cada una de las escalas utilizadas en el cuestionario para la muestra de los 140 participantes.

La puntuación media obtenida para la autoestima es de $32,5 \pm 4,76$, indicando una autoestima media-alta, siendo el valor mínimo obtenido 20, y el máximo 40.

Para la autoeficacia, la media fue de 30,9, la desviación típica 5,33 (autoeficacia media-alta), el valor mínimo obtenido 10, y el máximo 40.

Para la relación comida-emociones, observamos que el valor medio es $10,7 \pm 5,75$, indicando que la relación comida-emociones no es muy intensa en general, pero roza la categoría de ‘comedor emocional’ aunque se obtuvo el máximo de 28 puntos.

El cuestionario PREDIMED para la muestra registró que la media fue de 7,81, indicando que no había alta adherencia a la dieta mediterránea a priori, pero algunos individuos alcanzaron el máximo de 13 puntos de 14, teniendo una muy alta adherencia.

Tabla 5:

Escalas estandarizadas utilizadas.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | DT |
|-----------|-----|--------|--------|-------|------|
| EAR. | 140 | 20 | 40 | 32,5 | 4,76 |
| GSE. | 140 | 10 | 40 | 30,9 | 5,33 |
| CCE. | 140 | 0 | 28 | 10,7 | 5,75 |
| PREDIMED. | 140 | 4 | 13 | 7,81 | 2,19 |

4.1. Autoestima.

Para las modalidades deportivas que indicaron los encuestados, obtenemos los valores medios de autoestima (Tabla 6). En deportes de combate ($33,4\pm 4,2$) y en deportes de pelota ($33,6\pm 4,23$) se registraron las puntuaciones medias más elevadas, seguidos por deportes de musculación ($32,4\pm 5,05$). Las puntuaciones más bajas fueron los deportes atléticos ($31,2\pm 4,62$) y los deportes en la naturaleza ($31,4\pm 5,42$). Tras el contraste de medias, vimos que no fue estadísticamente significativo, puesto que el valor p fue de $p=0,148$.

Tabla 6:

Autoestima según el deporte practicado.

| Deportes | EAR | | | | | | p |
|----------------------------|-----|------|--------|--------|-------|------|------|
| | N | % | Mínimo | Máximo | Media | DT | |
| Deportes atléticos. | 21 | 15 | 22 | 40 | 31,2 | 4,61 | |
| Deportes de combate. | 10 | 7,1 | 26 | 39 | 33,4 | 4,20 | |
| Deportes de pelota. | 40 | 28,6 | 26 | 40 | 33,6 | 4,23 | ,148 |
| Deportes en la naturaleza. | 14 | 10 | 20 | 39 | 31,4 | 5,42 | |
| Deportes de musculación. | 55 | 39,3 | 24 | 40 | 32,4 | 5,05 | |

Nota: La interpretación de esta escala es: 10 a 25, autoestima baja; 26 a 29, autoestima media; 30 a 40, autoestima alta.

En los hombres, la puntuación media en la escala fue de $33,4\pm 4,62$, y en mujeres $32,1\pm 4,81$. No se encuentra diferencia entre grupos debido a que la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,149$), no era $p<0,05$.

Si tenemos en cuenta el objetivo de la práctica deportiva, aquellos que indicaron más de un solo objetivo, es decir, el grupo ‘todos’, obtuvo el valor medio de $35 \pm 4,24$. Para los diferentes objetivos planteados, que fueron ‘por salud’ ($32,5 \pm 4,71$), ‘profesional’ ($32,8 \pm 4,05$), o ‘recreativo u ocio’ ($32,4 \pm 5,03$), se adquirieron puntuaciones similares. Estadísticamente no significativo, el valor p fue $p=0,721$.

Según las diferentes frecuencias de entrenamiento, observamos que los valores medios aumentan a medida que la frecuencia es mayor, comenzando por menos de 3 horas ($31,4 \pm 5,68$), sucedido por 3 a 5 horas ($32,3 \pm 4,82$), de 6 a 8 horas ($32,9 \pm 4,73$), y más de 10 horas ($33,4 \pm 3,89$). El único grupo que no obtuvo ninguna puntuación que indicase autoestima baja fue el de más de 10 horas semanales, siendo el mínimo 27 puntos, pero no existen diferencias entre medias significativas, por ser el valor $p=0,629$.

4.2. Autoeficacia.

Los niveles de autoeficacia variaron para cada modalidad deportiva (Tabla 7). Observamos que en deportes de combate ($33,4 \pm 5,02$) fue donde encontramos la media, seguido de los deportes de musculación ($31,3 \pm 4,04$). Los deportes de pelota ($30,6 \pm 6,39$) y deportes en la naturaleza ($30,3 \pm 7,05$), presentaron valores medios parecidos. Los deportes atléticos ($29,4 \pm 4,88$), aunque presentasen la media más baja, superando a los dos anteriores, y, excepto esta modalidad, cuyo máximo fue 38, todas las demás alcanzaron los 40 puntos. Por lo tanto, los deportes en los que observamos una mayor autoeficacia serían los deportes de contacto y deportes de musculación, pero la prueba Kruskal-Wallis indicaba que estas diferencias no eran estadísticamente significativas por ($p=0,367$).

Tabla 7:

Autoeficacia general según el deporte practicado.

| Deportes | GSE | | | | | |
|----------------------------|-----|--------|--------|-------|------|------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | DT | p |
| Deportes atléticos. | 21 | 19 | 38 | 29,4 | 4,88 | |
| Deportes de combate. | 10 | 26 | 40 | 33,4 | 5,02 | |
| Deportes de pelota. | 40 | 13 | 40 | 30,6 | 6,39 | ,367 |
| Deportes en la naturaleza. | 14 | 10 | 40 | 30,3 | 7,05 | |
| Deportes de musculación. | 55 | 23 | 40 | 31,3 | 4,04 | |

Nota: A mayor puntuación, mayor autoeficacia.

Diferenciando entre sexos, tanto mujeres ($30,9 \pm 5,28$) como hombres ($30,8 \pm 5,48$) obtuvieron valores similares indicando autoeficacia media, pero no se encontraron diferencias por sexo, ya que el valor p obtenido fue $p=0,960$

Entre los objetivos de la práctica deportiva, los valores más altos se registraron en el grupo 'todos' ($36,3 \pm 2,99$), con el mínimo de 32. En segundo lugar, el grupo 'recreativo u ocio' ($31,4 \pm 4,97$) obtuvieron mejores puntuaciones, dando lugar a la segunda media más alta, con el mínimo de 16. Continúa el objetivo 'por salud' ($30,6 \pm 5,46$), aunque registró la puntuación más baja, 10 puntos. Aquellos con el objetivo 'profesional' ($27,8 \pm 5,65$), tenían la media más baja, y este grupo no alcanzaba el máximo de los otros. El valor p obtenido fue $<0,05$ ($0,025$), por lo tanto, fue estadísticamente significativo, mostrando una fuerte evidencia estadística el grupo 'todos' registrando una mayor autoeficacia, aunque en la muestra de ese grupo fue $n=4$. Se observó la mayor diferencia entre este grupo, y 'profesional', siendo $p=0,030$, por lo tanto el grupo 'todos' tenía autoeficacia alta, y el grupo 'profesional' autoeficacia moderada.

Para la frecuencia semanal, los valores de autoeficacia medios decrecen en este orden: 3-5 horas ($31,9 \pm 4,66$), 6-8 horas ($30,8 \pm 5,44$), más de 10 horas ($30,1 \pm 6,83$), y menos de 3 horas ($28,8 \pm 4,78$). Cabe destacar que el mínimo más alto lo registró el grupo de menos de 3 horas, 23 puntos, y el más bajo, más de 10 horas, con 10 puntos. Según Kruskal-Wallis, no fue estadísticamente significativo, porque el valor p fue $p=0,139$.

4.3. Relación comida-emociones.

Los resultados del CCE según cada deporte (tabla 8) muestran que, el grupo de deportes de musculación ($12,3 \pm 6,28$) obtuvo la media más alta (28), llegando a haber algún/os participante/s perteneciente a este grupo que fuese comedor muy emocional (2,1%). Los deportes atléticos ($10,7 \pm 5,82$) y deportes de combate ($10,2 \pm 6,73$), tuvieron valores parecidos. Y, por último, los deportes de pelota ($9,07 \pm 4,76$) y deportes en la naturaleza ($9,50 \pm 4,26$), alcanzaron valores similares. Todos los grupos salvo los deportes de naturaleza registraron a personas que eran comedores muy emocionales. En conclusión, en nuestra muestra, aquellos que tenían una peor relación comida-emociones y daban la puntuación media que indicaba que era comedores emocionales eran aquellos que practicaban deportes de musculación, pero no se encontraron diferencias significativas entre medias ($p=0,133$).

Tabla 8:

Relación comida-emociones según el deporte practicado.

| Deportes | CCE | | | | | p |
|----------------------------|-----|--------|--------|-------|------|------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | DT | |
| Deportes atléticos. | 21 | 4 | 23 | 10,7 | 5,82 | |
| Deportes de combate. | 10 | 4 | 26 | 10,2 | 6,73 | |
| Deportes de pelota. | 40 | 2 | 23 | 9,07 | 4,76 | ,133 |
| Deportes en la naturaleza. | 14 | 1 | 19 | 9,50 | 4,26 | |
| Deportes de musculación. | 55 | 0 | 28 | 12,3 | 6,28 | |

Nota: De 0 a 5: comedor no emocional. De 6 a 10: comedor poco emocional. De 11 a 20: comedor emocional. De 21 a 30: comedor muy emocional.

Observamos que la puntuación de las mujeres ($11,9 \pm 5,84$) fue mayor que en hombres ($8,48 \pm 4,92$). Existe evidencia estadística, ya que $p < ,001$, indicando que quienes obtuvieron una mayor puntuación en este cuestionario eran mujeres, y, por lo tanto, mostrando que las mujeres de la muestra eran comedoras emocionales.

Respecto al objetivo de la práctica deportiva, quienes consiguieron mejores valores fue el grupo ‘todos’, con un valor medio de $7,75 \pm 4,99$. Aquellos que practicaban deporte ‘por salud’ ($12,1 \pm 5,58$) alcanzaron la media más elevada. Los grupos ‘profesional’ ($9,17 \pm 6,06$) y ‘recreativo’ ($9,81 \pm 5,71$), consiguieron valores parecidos. El grupo ‘por salud’ es quien obtuvo mayor puntuación, es decir comedores emocionales. No es significativo, el valor p es igual a 0,082.

Para la frecuencia semanal, se registraron los valores para ‘menos de 3 horas’ ($10,8 \pm 4,26$), ‘de 3 a 5 horas’ ($11,5 \pm 6,54$), ‘de 6 a 8 horas’ ($10,4 \pm 5,29$) y ‘más de 10 horas’ ($9,25 \pm 5,66$). Destaca principalmente el grupo ‘más de 10 horas’, ya que tiene la media más baja. Los grupos ‘menos de 3 horas’ y ‘de 3 a 5 horas’ registraban ser, o estar cerca, de ser comedores emocionales. Los demás valores se asemejan y nos muestran diferencias significativas, debido a que el valor p es $> 0,05$ (0,561), por lo que no es estadísticamente significativo.

4.4. Adherencia a la dieta mediterránea.

La tabla 9 segmenta los datos obtenidos por el cuestionario PREDIMED según el deporte que se practicase. Quienes muestran una mayor puntuación media en el cuestionario son los deportes de

naturaleza ($8,50\pm 2,41$), los deportes de pelota ($8,07\pm 2,03$) y deportes de musculación ($8,05\pm 2,37$), aunque sus valores medios no alcanzan la ‘alta adherencia’. Luego encontramos a los deportes atléticos ($6,62\pm 1,56$) y deportes de combate ($7\pm 1,76$), que claramente indican una ‘baja adherencia’. En todos los grupos hay individuos con ‘alta adherencia’ y con ‘baja adherencia’. Los porcentajes del total para cada deporte que indicaban la alta adherencia fue para los deportes atléticos 2,1%, deportes de combate 2,1%, deportes de pelota 15%, deportes en la naturaleza 5,7%, y para los deportes de musculación 19,3%. Se encontró relación entre la variable ‘Adherencia a la dieta mediterránea’ y los diferentes grupos de deportes ya que $p < ,05$ ($0,025$). Fue entre los deportes atléticos y los deportes de pelota donde se observó que había diferencias significativas, siendo el valor p de la comparación de estos grupos $p = 0,031$, indicando que donde había más participantes con alta adherencia era en los deportes de pelota, y en los deportes atléticos donde menos.

Tabla 9:

Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea según el deporte practicado.

| Deportes | Cuestionario PREDIMED | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------|--------|-------|------|-------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | DT | p |
| Deportes atléticos. | 21 | 4 | 11 | 6,62 | 1,56 | |
| Deportes de combate. | 10 | 4 | 9 | 7 | 1,76 | |
| Deportes de pelota. | 40 | 4 | 13 | 8,07 | 2,03 | ,025* |
| Deportes en la naturaleza. | 14 | 5 | 12 | 8,50 | 2,41 | |
| Deportes de musculación. | 55 | 4 | 13 | 8,05 | 2,37 | |

Nota: El punto de corte es 9, si es igual o mayor, indica alta adherencia, y si es menor, baja adherencia. *Significativo a $p < ,05$.

En hombres, la media fue 7,52 y la desviación típica 2,28, y en mujeres, 7,97 y 2,14. El valor p para estas medias fue $p = 0,241$, por lo tanto, no es estadísticamente significativo, y no hubo diferencias por género.

La puntuación obtenida para aquellos que practicaban deporte por salud ($7,81\pm 2,21$) o como recreativo u ocio ($7,87\pm 2,16$) eran parecidas, pero como en el caso anterior, la puntuación obtenida seguía

indicando 'baja adherencia', al igual que el grupo 'profesional' ($7,08 \pm 1,93$). El grupo 'todos' ($9,25 \pm 2,99$), obtuvo la media más alta. No tiene relevancia estadísticamente, el valor p es $p=0,380$.

Y, para la frecuencia semanal, se registró que, 'de 6 a 8 horas' ($8,21 \pm 2,28$) y 'más de 10 horas' ($8,20 \pm 2,02$), sugerían una mayor adherencia que 'menos de 3 horas' ($7,59 \pm 2,12$) y 'de 3 a 5 horas' ($7,40 \pm 2,16$). El valor p para estos grupos fue $p=0,225$, no es significativo.

En el cuestionario PREDIMED, se les preguntó a los participantes sobre sus hábitos alimentarios acorde a los que la dieta mediterránea indica (Tabla 10). Los más consolidados fueron el uso del aceite de oliva como grasa principal (97,9%), el consumo de menos de una ración al día mantequilla, margarina o nata diario (94,3%), consumir preferentemente la carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (84,3%), tomar menos de una bebida carbonatada y/o azucarada al día (78,6%), y menos de dos raciones de repostería comercial por semana (76,4%). La cantidad de aceite de oliva diaria (más de cuatro cucharadas) fue el 69,3%, menos de una ración de carnes rojas, hamburguesas, etc. el 59,3%, consumo de sofrito (salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva) semanal el 57,1%. Los hábitos que no alcanzaban el 50% dentro de la muestra fueron consumir dos o más raciones diarias de verduras u hortalizas diarias (48,6%), el consumo semanal de tres o más raciones de frutos secos (45,7%), tres o más de legumbres (35%), tres piezas o más de fruta al día (32,9%), tres o más raciones pescado o mariscos (29,4%), tres o más vasos de vino (21,4%), siendo estos quizás los que se tendrían que reforzar.

Tabla 10:

Frecuencia de los hábitos alimentarios de la dieta mediterránea.

| Hábito alimentario asociado a la dieta mediterránea | % |
|--|-------|
| Uso de aceite de oliva como grasa principal | 97,9% |
| Consumo de mantequilla, margarina o nata diario | 94,3% |
| Consumo preferente de carne de pollo, pavo o conejo | 84,3% |
| Consumo de bebidas carbonatadas y/o azucaradas diario | 78,6% |
| Consumo de repostería comercial semanal | 76,4% |
| Cantidad de aceite de oliva diaria | 69,3% |
| Raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos diarias | 59,3% |
| Consumo de sofrito semanal | 57,1% |
| Raciones de verduras u hortalizas diarias | 48,6% |
| Consumo de frutos secos semanal | 45,7% |
| Consumo de legumbre semanal | 35% |
| Piezas de frutas diarias | 32,9% |
| Consumo de pescado o marisco semanal | 29,4% |
| Consumo de vino semanal | 21,4% |

%; hábito alimentario acorde a la dieta mediterránea.

En función de la adherencia a la dieta mediterránea (Baja= <9 ; Alta= $9\leq$), observamos que para la autoeficacia y para la relación comida-emociones la diferencia entre grupos es significativa, siendo el valor p en autoeficacia $p=0,021$ y en comida-emociones $p=0,042$. La autoeficacia era mayor en aquellos con alta adherencia, y ser ‘comedores emocionales’ cuando era baja (Tabla 11).

Tabla 11:

Aspectos psicológicos asociados a la adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED)

| Variable | Adherencia | N | % | Media | DT | p |
|---------------------------|------------|----|------|-------|------|-------|
| | PREDIMED | | | | | |
| Autoestima | Baja | 78 | 55,7 | 32,1 | 4,66 | ,167 |
| | Alta | 62 | 44,3 | 33,1 | 4,87 | |
| Autoeficacia | Baja | 78 | 55,7 | 30 | 5,11 | ,021* |
| | Alta | 62 | 44,3 | 32 | 5,44 | |
| Relación comida-emociones | Baja | 78 | 55,7 | 11,7 | 5,97 | ,042* |
| | Alta | 62 | 44,3 | 9,44 | 5,25 | |

Nota: El punto de corte es 9, si es igual o mayor, indica alta adherencia, y si es menor, baja adherencia.

*Significativo a $p < ,05$.

4.5. Otras variables.

Para los ítems en los que se preguntaba el grado de preocupación de los factores presión deportiva (horas semanales de entreno, diferencia intrapersonal de nivel, competición, ...), presión social (ideales sociales, moda, redes sociales, familia), internalización e insatisfacción corporal (cuerpo estándar, hábitos saludables), y afecto (apoyo social, habilidades, impulsos, estrés), siendo 0 (nula), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (intensa), se obtuvo que aquellos que suponían mayor preocupación (moderada e intensa) fueron el afecto (67,8%) y la internalización y satisfacción corporal (60,7%). La presión deportiva (37,1%) y la presión social (44,3%) fueron los que menos preocupaban a nuestros participantes en comparación con los anteriores (Tabla 12).

Tabla 12:

Grado de preocupación para los siguientes factores.

| Factores | Grado de preocupación | | | |
|--|-----------------------|-------|----------|---------|
| | Nula | Leve | Moderada | Intensa |
| Presión deportiva. | 25% | 37,9% | 30% | 7,1% |
| Presión social. | 20% | 35,7% | 30,7% | 12,6% |
| Internalización y satisfacción corporal. | 7,1% | 32,1% | 35,7% | 25% |
| Afecto | 7,9% | 24,3% | 51,4% | 16,4% |

Para la pregunta en la que se les preguntaba a los participantes si solían saltarse la dieta, 73 personas contestaron que no (52,1%), frente a las 67 personas que sí (47,9%). De los que dijeron que sí, mencionaron que consumían ‘alcohol’, ‘comida rápida’, ‘hidratos’ y ‘ultraprocesados’, junto a otros que todo con lo que excedían la dieta, lo preparaban en casa.

Respecto al consumo de suplementos, de nuestra muestra un 71,4% no los consumía, y el 28,6% restante sí. Los suplementos que más consumen son ‘proteínas’, ‘creatina’, ‘cafeína’, ‘glutamina’, ‘omega 3’, ‘multivitamínicos’, ‘arginina’ y ‘probióticos’.

De las 140 personas que rellenaron el cuestionario, solo 20 acudieron previamente a un dietista-nutricionista. El motivo por el que acudieron fue para perder o ganar peso, ‘tener un adecuado control nutricional’, ‘saber que comer teniendo en cuenta las alergias’, ‘regular la menstruación mediante una buena alimentación’, aumentar masa muscular e hipertrofiarla, por insatisfacción corporal, para atenuar patologías, o simplemente por aprender.

Tan solo un 34,5% de la muestra conoce y emplea medidas caseras, o pesa los ingredientes, para alcanzar sus necesidades energéticas y controlar las cantidades.

En el ítem ‘¿Piensas que tu alimentación es la adecuada?’, 1,4% pensaba que su alimentación no era adecuada pero no tenía intención de modificarla, 11,4% quería cambiarla, 70,7% consideraba que sí era adecuada y que podría mejorarla, y un 16,4% que era adecuada, y no necesitaba cambios.

En una escala de 1 a 5, se cuestionó a los participantes sobre su satisfacción corporal, siendo ‘4’ el más votado (50%), ‘3’ (32,1%), ‘2’ (12,1%) y 5 (5,7%), sin haber nadie cuyo grado de satisfacción corporal fuese tan bajo como para marcar ‘1’.

Y, por último, se solicitó a los encuestados que evaluaran su calidad de vida, siendo 0 (pésima) y 10 (óptima). La media fue de 7,74, el mínimo 4 y el máximo 10.

4.6. Influencia de los aspectos psicológicos en la adherencia a la dieta mediterránea.

En la tabla 13, tenemos la matriz de correlación entre las variables, y observamos que, en la autoestima, la autoeficacia y la relación comida-emociones se relaciona con esta, teniendo ambas variables el valor $p < ,001$. Para la adherencia a la dieta mediterránea, afectaban también las mismas variables, pero siendo los valores p de la relación comida-emociones $p = 0,002$, y de la autoeficacia $p = 0,046$, siendo $p < ,05$ y estadísticamente significativos.

Tabla 13:

Matriz de correlación

| | | Edad | Experiencia | Autoestima | Autoeficacia | Comida- emociones | PREDIMED |
|----------------------|--------------|--------|-------------|------------|--------------|----------------------|----------|
| Edad | R de Pearson | - | | | | | |
| | Valor p | - | | | | | |
| Experiencia | R de Pearson | 0,080 | - | | | | |
| | Valor p | 0,347 | - | | | | |
| Autoestima | R de Pearson | -0,002 | 0,117 | - | | | |
| | Valor p | 0,977 | 0,167 | - | | | |
| Autoeficacia | R de Pearson | -0,058 | 0,102 | 0,331 | - | | |
| | Valor p | 0,498 | 0,232 | <,001 | - | | |
| Comida- emociones | R de Pearson | 0,051 | -0,100 | -0,299 | -0,130 | - | |
| | Valor p | 0,551 | 0,238 | <,001 | 0,125 | - | |
| PREDIMED | R de Pearson | -0,009 | 0,069 | 0,115 | 0,169 | -0,265 | - |
| | Valor p | 0,918 | 0,421 | 0,175 | 0,046 | 0,002 | - |

Para el modelo de regresión lineal, en el que la variable dependiente era la adherencia a la dieta mediterránea, vemos que se ve afectado principalmente por el factor 'sexo' ($p = 0,023$), y la variable 'comida-emociones' ($p < ,001$) (tablas 14 y 15). La relación de la adherencia a la dieta mediterránea, con las covariables indicadas en la tabla, es del 12,5% ($R^2 = 0,125$), y la autoeficacia no está relacionada pues su p es $> 0,05$.

Tabla 14:

Medidas de ajuste del modelo de regresión lineal

| Modelo | R | R^2 |
|--------|-------|-------|
| 1 | 0,353 | 0,125 |

Tabla 15:

Regresión lineal de la variable dependiente Adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED)

| Variable predictora | β | Error típico | t | p |
|---------------------|----------|--------------|---------|---------|
| Constante | 6,00078 | 2.2222 | 2,7003 | 0,008 |
| Sexo | | | | |
| Mujer-Hombre | 0,92904 | 0,4040 | 2.2998 | 0,023* |
| Autoestima | 0,00146 | 0,0412 | 0,0353 | 0,972 |
| Autoeficacia | 0,04950 | 0,0356 | 1,3924 | 0,166 |
| Comida-emociones | -0,11390 | 0,0336 | -3,3886 | <,001** |
| Edad | 0,02795 | 0,0677 | 0,4127 | 0,680 |
| Experiencia | 0,2532 | 0,0292 | 0,8667 | 0,388 |

* Significativo a $p < ,05$.** Significativo a $p < ,001$.

Durante el tratamiento de datos, encontramos que si estableciéramos un modelo en el que la variable dependiente fuera la relación comida-emociones, la variación de la variable sería de 21,7% ($R^2=0,217$), siendo mayor que el modelo 1, y viéndose afectada por el sexo ($p < ,001$), la autoestima ($p=0,006$), y la adherencia a la dieta mediterránea ($p < ,001$) (Tablas 16 y 17).

Tabla 16:

Medidas de ajuste del modelo de regresión lineal

| Modelo | R | R^2 |
|--------|-------|-------|
| 2 | 0,466 | 0,217 |

Tabla 17:

Regresión lineal de la variable dependiente relación comida-emociones

| Variable predictora | β | Error típico | t | p |
|---------------------|---------|--------------|--------|---------|
| Constante | 23,3546 | 3,6697 | 6,364 | <,001 |
| Sexo | | | | |
| Mujer-Hombre | 3,3392 | 0,9341 | 3,575 | <,001** |
| Autoestima | -0,2756 | 0,0987 | -2,792 | 0,006* |
| Autoeficacia | -0,0152 | 0,0880 | -0,173 | 0,863 |
| PREDIMED | -0,6925 | 0,2047 | -3,383 | <,001** |

* Significativo a $p < ,05$.** Significativo a $p < ,001$.

5. Discusión.

El propósito de este estudio fue examinar como afecta la autoestima, la autoeficacia, y la relación comida-emociones a la adherencia a la dieta mediterránea en jóvenes deportistas, para explorar la posible relación entre estas variables. Acorde al objetivo, no se encontró ningún estudio que tratase de relacionar los aspectos relacionados, pero sí que se encontraron estudios que explorase la adherencia a la dieta mediterránea en deportistas (1,5).

5.1. Autoestima.

En el presente estudio, no se halló evidencia estadística de la autoestima para ninguna de las segmentaciones realizadas. Para los grupos de deportes, destacaron los deportes de combate con la mayor media, siendo que (18,19) se ha indicado que suelen tener menor autoestima que en deportes de equipo y que supongan participación, como serían los deportes de pelota, y en este estudio, iguala y supera a esta categoría. Los deportes atléticos y en la naturaleza registraron las medias, por lo que se da a entender que aquellos con menor autoestima están en estos grupos.

Entre los hombres y las mujeres, no hubo diferencias significativas por lo que el género no será una variable muy influyente para la autoestima (36). En un estudio (37), se observó que para quienes practicaban el deporte profesional o recreativamente, la autoestima era mayor que la de quienes tenían otros motivos, pero en nuestro estudio los resultados fueron similares para todos, independientemente del objetivo que tuviesen en el deporte. Esto se debe a que quizás la muestra del estudio no fue lo suficientemente grande como para poder ver diferencias significativas.

Una mayor frecuencia semanal se asociaba a quienes practicaban deporte profesional o recreativamente (37), y volvemos a ver en nuestro estudio que quienes aumentaba la autoestima a mayor frecuencia de la actividad física, observando que para la frecuencia de más de 10 horas semanales la puntuación más

baja indicaba mayor autoestima. Pero, como se ha dicho previamente, los resultados para la autoestima en este estudio no son estadísticamente significativos.

5.2. Autoeficacia.

Respecto a la autoeficacia, se observó en nuestro estudio que según los objetivos de la práctica deportiva sí que había asociación con la autoeficacia, siendo estadísticamente significativa. El grupo 'todos' con la mayor autoeficacia, se diferenciaba de 'profesional' que tenía la más baja, pero no hemos encontrado estudios que respalden diferentes niveles de autoeficacia entre diferentes grupos (38). Establecer un objetivo para la práctica deportiva puede suponer no alcanzar un nivel de motivación suficiente como para enfrentar los obstáculos venideros ni para alcanzar los objetivos esperados, por ello, quienes tenían más motivos en mente para realizar deporte, pueden estar más orientados al éxito y al progreso en la actividad que desarrolle.

En nuestra muestra, la mayor frecuencia, que fue más de 10 horas semanales, no obtuvo la autoeficacia más elevada, cuando se asocia una mayor autoeficacia a mayor frecuencia en otros estudios (39,40), pero, volviendo a la principal limitación del estudio, se puede deber a una muestra no tan grande como para hallar valores significativos. Entre hombres y mujeres, no se encontraron diferencias significativas.

Para las diferentes categorías de deportes que se han presentado en este estudio, los deportes de combate fueron los que tuvieron la autoeficacia más alta, y en deportes de combate como es por ejemplo el boxeo, se debe de tener una alta autoeficacia individual. En deportes grupales, al no recaer directamente toda la presión sobre un solo individuo, estos niveles disminuyen como indica algunos estudios (41).

5.3. Emociones.

En el Cuestionario del Comedor-Emocional, se concluyó que, en la muestra del estudio, las mujeres presentaban ser 'comedoras emocionales' por evidencia estadística, respaldado por otros estudios (32,42), dando a entender que las mujeres son más emocionales que los hombres en este sentido. Para los deportes establecidos, los deportes de musculación señalaron una peor relación de la comida y las emociones, pudiendo deberse a que, al ser el grupo de deportes más estético, la dismorfia corporal está más presente que en los otros deportes (43). Por lo general, suelen ser los deportes en los que más se desarrolla la masa muscular, y esto aumenta las necesidades energéticas, haciendo que quizás se consuman más alimentos insalubres y que fuesen 'comedores emocionales', aunque el grupo de deportes atléticos también alcanza niveles parecidos. Las personas que practicaban más deporte semanalmente (más de 10 horas), fueron el grupo con menor puntuación, es decir, mejor relación con comida (comedores poco emocionales), quizás por estar más concienciados con los hábitos alimentarios, pero al igual que se apoya esta conclusión, se refuta en el estudio referenciado (44). Aquellos que tenían practicaban el deporte por salud indicaban ser comedores emocionales, llegando a registrar individuos comedores muy emocionales.

5.4. Adherencia a la dieta mediterránea.

La adherencia a la dieta mediterránea para más de la mitad de la muestra fue baja (55,7%), y se encontró, que había diferencias entre los diferentes grupos de deporte, principalmente entre los grupos atléticos y los deportes de pelota. Entre estos dos grupos, vemos los dos extremos de la muestra, los deportes atléticos tenían el valor más bajo, y los de pelota de los más altos. Como sí que había diferencia estadística entre ellos, podríamos verificar que los deportes atléticos son los que menos adherencia presentaban, constituyendo el 2,1% de los que tenían alta adherencia a la dieta mediterránea, frente al 15% del grupo de deportes de pelota.

Como se comentaba en el estudio de Chacón-Cuberos (1), los jóvenes españoles tienen una alta adherencia a la dieta mediterránea salvo aquellos que están más enfocados al deporte, y con los datos obtenidos, aunque no sean estadísticamente significativos, observamos que los valores medios recogidos para aquellos que practicaban deporte de manera profesional eran un poco más bajos que en los otros grupos, siendo quienes obtenían la mayor puntuación los que no lo hacían solo con un objetivo en mente. Por el contrario, para aquellos que dedicaban más horas al deporte semanalmente, se observó una mayor adherencia en comparación con los que menos, sin ser una diferencia significativa.

Otro estudio (5) indica que los hábitos que indicaban una mayor adherencia a la dieta son consumir más de 2 raciones de vegetales y 3 o más piezas de fruta al día, menos de 2 raciones de repostería casera a la semana, y usar aceite de oliva como grasa principal, siendo en nuestro estudio, de los más consolidados, solo el consumo de repostería y el uso de aceite de oliva. Además de estos, según los datos recogidos, el consumo correcto diario de mantequilla, margarina o nata, y bebidas azucaradas, junto con la preferencia por la carne de pollo, pavo y conejo, eran los hábitos más seguidos. Por lo que cabe pensar que, si queremos aumentar la adherencia a la dieta mediterránea, deberíamos fomentar la mejora del consumo correcto de carnes rojas, embutidos, sofrito, verduras y hortalizas, frutos secos, fruta, legumbres y pescados o mariscos, además del consumo de vino y las cantidades aceite diarias.

5.5. Otras variables.

Sobre los factores que pueden afectar a los aspectos psicológicos planteados, es decir, la autoestima, la autoeficacia, y la relación comida-emociones, los más importantes fueron el afecto y la internalización y satisfacción corporal, frente a la presión deportiva y social (15). Esto se debe a que, para la muestra, el grupo de deportistas profesionales fue el menor, y por ello no destacó la presión deportiva. Además, se puede explicar que tanto el afecto como la internalización fuesen los que más preocupantes derivando a la presión social. Como se comentó en la introducción, la presión social incita a la distorsión corporal, mediante la imposición de ideales estereotipados como la mujer delgada y el hombre musculoso, dándose a entender que el sexo opuesto, cuando busca afecto, se basa en estos estereotipos, y por ello, fueron los factores más votados.

En la pregunta que se planteaba sobre si solían saltarse la dieta, para quienes lo hacían preferían el alcohol, la comida rápida, y ultraprocesados entre otros, justificándose esto con la edad de los participantes, ya que la mayoría tenía entre 18 y 25 años.

El consumo de suplementos parece no ser tan alta dentro de la muestra, ya que no alcanza ni un tercio de esta. Los suplementos más utilizados fueron los suplementos proteicos, creatina, cafeína, glutamina, omega 3, multivitamínicos, arginina y probióticos, cuando en el estudio de Nakhostin-Roohi, los más empleados fueron las vitaminas y L-carnitina (28).

De las 140 personas, solo 20 acudieron a un dietista-nutricionista. Quienes acudieron fueron principalmente para subsanar el sobrepeso, regular la menstruación, por cambiar su composición corporal reduciendo grasa o aumentando masa muscular o para aprender entre otros motivos. El número obtenido fue el esperado, ya que actualmente, los dietistas-nutricionistas están infravalorados por la inmensa intrusión laboral que hay, desde personas que por las redes sociales influyen en la alimentación de sus seguidores mostrando alimentos y opinando positivamente sobre ellos cuando no debería, por falta de información o por patrocinio, hasta los propios entrenadores y propietarios de clubes deportivos y gimnasios, que se piensan que por llevar tiempo en el ámbito deportivo, pueden aconsejar o asesorar a las demás personas. Respecto a el conocimiento de las medidas caseras y el peso de ingredientes, tan solo un tercio del total las empleaban. La falta de conocimiento junto a la infravaloración de los dietistas-nutricionistas da a entender que posiblemente la alimentación de estos no fuese óptima para el desarrollo correcto del rendimiento deportivo, aunque gran parte de la muestra si pensaba que era la adecuada.

5.6. Influencia de los aspectos psicológicos en la adherencia a la dieta mediterránea.

El modelo de regresión del estudio planteaba la supuesta relación entre la autoestima, la autoeficacia, la relación comida-emociones, y la adherencia a la dieta mediterránea. Se indica que la autoestima parecía no tener ninguna influencia directa, pero si tenía relación con la autoeficacia y la relación comida-emociones, que influían en la adherencia. Como observamos en la tabla 11, quienes tenían una alta adherencia a la dieta mostraban tener una autoeficacia mayor y una mejor gestión de las emociones, separándolas de la comida siendo poco emocionales, a diferencia el grupo de la baja adherencia, con evidencia estadística significativa. En comparación con otros estudios (24,25,26,27), este estudio solo encontró relación entre la alta adherencia a la dieta mediterránea, y la relación comida-emociones, pero se observó que para la autoestima, esta última y la autoeficacia sí que influía.

El modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es la adherencia, que donde se ven efectos estadísticamente significativos es en la relación comida-emociones diferenciados por el sexo, teniendo la mujer una mejor adherencia que los hombres, pero a su vez, peor gestión de sus emociones a la hora de comer. Las mujeres son más comedoras emocionales (45), presentan mayor inestabilidad emocional y se transmite a su elección de la dieta, se entiende que les cuesta seguir una dieta y esto les causa ser

emocionalmente inestables, desbordándose y compensando la alimentación saludable con la ingesta de alimentos no tan saludables.

Por lo tanto, la autoeficacia mostraba ser significativa en la tabla 11, donde se contrastaba las medias obtenidas en EAR, GSE y CCE para la autoestima, la autoeficacia y la relación comida-emociones según si había baja o alta adherencia. Sin embargo, para el modelo de regresión lineal en el que la variable dependiente era la adherencia a la dieta mediterránea, se muestra que la autoeficacia no está relacionada con las variaciones dentro de la adherencia. Teniendo en cuenta la información obtenida del estudio de Fernández-Medina (25), se ha mostrado en nuestro estudio que la autoeficacia tiene una influencia positiva en la dieta. En la matriz de correlación (tabla 13), el valor p entre la adherencia a la Dieta mediterránea y la autoeficacia es $p=0,046$, siendo estadísticamente significativo ($p<,05$), pero en el modelo de regresión lineal de la adherencia a la dieta se queda cerca de ser estadísticamente significativo ($p=0,166$), a diferencia de las otras covariables, y es posible, que si en el presente estudio, se hubiera contado con una muestra mayor se hubiese hallado una mayor relación con la autoeficacia.

Por otra parte, en el modelo que tenía como variable dependiente la relación comida-emociones, se observa que la adherencia a la dieta mediterránea, la autoestima, y el factor sexo, hacen que varíe esta variable. Es decir, que a diferencia del modelo en el que la variable dependiente era la adherencia a la dieta mediterránea, observamos que aquí sí que incide la autoestima, influyendo en la gestión de las emociones en relación con la comida, como respalda la información comentada en la introducción (13).

Las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra, puesto que $n=140$ no permitió tener un amplio espectro de respuestas para que poder asumir la hipótesis planteada en su totalidad y encontrar diferencias entre los diferentes tipos de deporte, y que para evitar que el cuestionario fuese muy largo, las variables como son la presión deportiva, la presión social, la internalización, satisfacción corporal, consumo de suplementos y calidad de vida, no se estudiaron con profundidad.

6. Conclusiones.

A continuación, exponemos las principales conclusiones de este estudio:

1. El 55,7% presentaba una baja adherencia a la dieta mediterránea.
2. La autoestima no juega un papel influyente en la adherencia a la dieta mediterránea.
3. En la línea del modelo HAPA, la autoeficacia juega un papel en la adherencia a la dieta mediterránea.
4. En base a los resultados obtenidos, las mujeres se han manifestado como más emocionales que los hombres en relación con la comida.

5. Entre los diferentes grupos de deportes, los deportes de pelota presentan mejor adherencia a la dieta mediterránea que los deportes atléticos, con diferencias significativas.
6. Quienes practicaban deporte profesionalmente muestran una peor autoeficacia en comparación con aquellos que tenían más de un objetivo en mente, con diferencia.
7. Los hábitos alimentarios asociados a la dieta mediterránea más consolidados eran el uso de aceite de oliva como grasa principal (97,9%), y el consumo correcto de mantequilla, margarina o nata (94,3%), de bebidas carbonatadas y/o azucaradas (78,6%) y de repostería comercial (76,4%), y el consumo preferente de carne de pollo, pavo o conejo (84,3%).
8. Para la muestra, influía más la presencia/ausencia de afecto y la internalización y satisfacción corporal, que la presión deportiva y la presión social.
9. La autoestima, el género, y la adherencia a la dieta mediterránea juegan un valor predictivo en la gestión de las emociones relacionada con la comida.
10. Ser hombre, una autoeficacia alta y una buena relación entre la comida y las emociones son variables predictoras de una mejor adherencia.

Los resultados presentaron que, en futuras investigaciones, se atendieran a las limitaciones, principalmente que el tamaño de la muestra fuese mayor, para poder encontrar diferencias significativas en los diferentes grupos de deportes y frecuencias de actividad.

7. Referencias.

1. [Chacón-Cuberos R, Badicu G, Zurita-Ortega F, Castro-Sánchez M. Mediterranean Diet and Motivation in Sport: A Comparative Study Between University Students from Spain and Romania. *Nutrients*. 22 de diciembre de 2018;11\(1\):E30.](#)
2. [Durá Travé T. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *NUTRICION HOSPITALARIA*. 1 de mayo de 2011;\(3\):192-8.](#)
3. [Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr*. enero de 2018;72\(1\):30-43.](#)
4. [Galilea-Zabalza I, Buil-Cosiales P, Salas-Salvadó J, Toledo E, Ortega-Azorín C, Díez-Espino J, et al. Mediterranean diet and quality of life: Baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial. *PLoS One*. 2018;13\(6\):e0198974.](#)
5. [Cobo-Cuenca AI, Garrido-Miguel M, Soriano-Cano A, Ferri-Morales A, Martínez-Vizcaíno V, Martín-Espinosa NM. Adherence Mediterranean to the Diet and Its Association with Body](#)

- [Composition and Physical Fitness in Spanish University Students. Nutrients. 19 de noviembre de 2019;11\(11\):E2830.](#)
6. [Zhang C-Q, Zhang R, Schwarzer R, Hagger MS. A meta-analysis of the health action process approach. Health Psychol. julio de 2019;38\(7\):623-37.](#)
 7. [Awick EA, Phillips SM, Lloyd GR, McAuley E. Physical activity, self-efficacy and self-esteem in breast cancer survivors: a panel model. Psychooncology. octubre de 2017;26\(10\):1625-31.](#)
 8. [Olivari Medina C, Urra Medina E. AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. Ciencia y enfermería. junio de 2007;13\(1\):9-15.](#)
 9. [Rojas-Barahona CA, Zegers P B, Förster M CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Revista médica de Chile. junio de 2009;137\(6\):791-800.](#)
 10. [Dohle S, Diel K, Hofmann W. Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review. Appetite. 1 de mayo de 2017;124.](#)
 11. [Sharif K, Watad A, Bragazzi NL, Lichtbroun M, Amital H, Shoenfeld Y. Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease. Autoimmun Rev. enero de 2018;17\(1\):53-72.](#)
 12. [San Mauro Martín I. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y PSICOLÓGICOS EN PERSONAS QUE REALIZAN EJERCICIO. NUTRICION HOSPITALARIA. 1 de diciembre de 2014;\(6\):1324-32.](#)
 13. [Muñoz-Villena AJ, Gómez-López M, González-Hernández J. Perfectionism Profiles and Anger Responses: The Relevant Role of Self-Esteem in Athletes of Professional Quarries. Int J Environ Res Public Health. 22 de febrero de 2020;17\(4\):E1416.](#)
 14. [Reche García C, Martínez-Rodríguez A, Ortín Montero FJ. Dependencia al ejercicio físico e indicadores del estado de ánimo en deportistas universitarios / Exercise dependence and mood states indicators in university athletes / Dependência ao exercício físico e indicadores do estado de ânimo em universitários esportistas. Cuadernos de Psicología del Deporte. 1 de mayo de 2015;15\(2\):21-6.](#)
 15. [Stoyel H, Shanmuganathan-Felton V, Meyer C, Serpell L. Psychological risk indicators of disordered eating in athletes. PLoS One. 2020;15\(5\):e0232979.](#)
 16. [Fortes L de S, Ferreira MEC, de Oliveira SMF, Cyrino ES, Almeida SS. A socio-sports model of disordered eating among Brazilian male athletes. Appetite. septiembre de 2015;92:29-35.](#)
 17. [de Vries DA, Peter J, de Graaf H, Nikken P. Adolescents' Social Network Site Use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction: Testing a Mediation Model. J Youth Adolesc. enero de 2016;45\(1\):211-24.](#)

18. [Krentz EM, Warschburger P. Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*. 1 de julio de 2011;12\(4\):375-82.](#)
19. [Melin AK, Heikura IA, Tenforde A, Mountjoy M. Energy Availability in Athletics: Health, Performance, and Physique. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 1 de marzo de 2019;29\(2\):152-64.](#)
20. [Neves CM, Filgueiras Meireles JF, Berbert de Carvalho PH, Schubring A, Barker-Ruchti N, Caputo Ferreira ME. Body dissatisfaction in women's artistic gymnastics: A longitudinal study of psychosocial indicators. *Journal of Sports Sciences*. septiembre de 2017;35\(17\):1745-51.](#)
21. [Jáuregui-Lobera I, Ezquerro-Cabrera M, Carbonero-Carreño R, Ruiz-Prieto I. Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients*. 13 de noviembre de 2013;5\(11\):4486-502.](#)
22. [Sivrikaya MH. The Role of Self-Efficacy on Performance of Sports Skills of Football Players. *Journal of Education and Training Studies*. diciembre de 2018;6:75-9.](#)
23. [McCarthy PJ. Positive emotion in sport performance: current status and future directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 1 de marzo de 2011;4\(1\):50-69.](#)
24. [Knox E, Muros JJ. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr*. 2017;176\(5\):621-8.](#)
25. [Fernández-Medina IM, Ruíz-Fernández MD, Hernández-Padilla JM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Jiménez-Lasserrotte M del M, et al. Adherence to the Mediterranean Diet and Self-efficacy as Mediators in the Mediation of Sleep Quality and Grades in Nursing Students. *Nutrients*. noviembre de 2020;12\(11\):3265.](#)
26. [Castillo-Mayén R, Cano-Espejo C, Luque B, Cuadrado E, Gutiérrez-Domingo T, Arenas A, et al. Influence of Self-Efficacy and Motivation to Follow a Healthy Diet on Life Satisfaction of Patients with Cardiovascular Disease: A Longitudinal Study. *Nutrients*. julio de 2020;12\(7\):1903.](#)
27. [López-Olivares M, Mohatar-Barba M, Fernández-Gómez E, Enrique-Mirón C. Mediterranean Diet and the Emotional Well-Being of Students of the Campus of Melilla \(University of Granada\). *Nutrients*. junio de 2020;12\(6\):1826.](#)
28. [Nakhostin-Roohi B, Asadi M. The Prevalence, Level of Knowledge and Methods of Providing Nutritional Supplements among Females Participating in Private Sports Clubs in the City of Ardabil, Iran. *International Journal of Nutrition Sciences*. 1 de marzo de 2018;3\(1\):18-24.](#)
29. [Fortes L de S, Ferreira MEC, Laus MF, Almeida SS. Insatisfação corporal e comportamento alimentar: comparações entre jovens atletas de diferentes esportes / Body dissatisfaction and eating habits: comparison between young athletes from different sports / Insatisfacción corporal y comportamiento alimentario: comparaciones entre jóvenes atletas de diferentes deportes. *Psicologia em Revista*. 1 de enero de 2014;20\(1\):138-54.](#)

30. [Silva L, Gomes AR, Martins C. Psychological factors related to eating disordered behaviors: a study with Portuguese athletes. Spanish Journal of Psychology. 1 de mayo de 2011;14\(1\):323.](#)
31. Rengifo Tapullima L. La autoestima en los estudiantes. Universidad Científica del Perú [Internet]. 24 de abril de 2017 [citado 18 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/201>
32. [Palomino-Pérez AM, Palomino-Pérez AM. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. Revista chilena de nutrición. abril de 2020;47\(2\):286-91.](#)
33. [Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento \(CIF\). Revista Española de Salud Pública. abril de 2010;84\(2\):169-84.](#)
34. [García JA, y Olmos FC, Matheu ML, Carreño TP. Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. Heliyon. 22 de marzo de 2019;5\(3\):e01378.](#)
35. [Garaulet M. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE COMEDORES EMOCIONALES, PARA USAR EN CASOS DE OBESIDAD; CUESTIONARIO DE COMEDOR EMOCIONAL \(CCE\). NUTRICION HOSPITALARIA. 1 de marzo de 2012;\(2\):645-51.](#)
36. [Esentürk OK, İlhan EL, Çelik OB. EXAMINATION OF SELF-ESTEEM LEVELS ACCORDING TO SOME VARIABLES. 2015;\(2\):6.](#)
37. [Nemček D, Kraček S, Peráčková J. Rosenberg Self-Esteem Scale analyses among elite and competitive athletes, recreational athletes and inactive individuals. Journal of Physical Education and Sport. 14 de noviembre de 2017;17.](#)
38. [Peng F, Zhang L-W. The Relationship of Competitive Cognitive Anxiety and Motor Performance: Testing the Moderating Effects of Goal Orientations and Self-Efficacy Among Chinese Collegiate Basketball Players. Front Psychol. 1 de junio de 2021;12:685649.](#)
39. [Ersöz G. The Role of University Students' General Self-Efficacy, Depression and Psychological Well-Being in Predicting Their Exercise Behavior. Journal of Education and Training Studies. marzo de 2017;5\(3\):110-7.](#)
40. [Arribas-Galarraga S, Luis-de Cos I, Luis-de Cos G, Urrutia-Gutierrez S. Mediation Effect of Perceived Fitness on the Relationship between Self-Efficacy and Sport Practice in Spanish Adolescents. Int J Environ Res Public Health. diciembre de 2020;17\(23\):8800.](#)
41. [Martínez IM, Cifre E. Antecedentes individuales y grupales de satisfacción en el trabajo: un estudio multinivel de laboratorio. Anales de Psicología. mayo de 2016;32\(2\):565-70.](#)
42. [Saade S, Hallit S, Haddad C, Hallit R, Akel M, Honein K, et al. Factors associated with restrained eating and validation of the Arabic version of the restrained eating scale among an adult representative sample of the Lebanese population: a cross-sectional study. J Eat Disord. 17 de julio de 2019;7:24.](#)

43. [Hale BD, Diehl D, Weaver K, Briggs M. Exercise dependence and muscle dysmorphia in novice and experienced female bodybuilders. Journal of Behavioral Addictions. 1 de diciembre de 2013;2\(4\):244-8.](#)
44. Mantás-Cárdenas R. La Actividad Física como alternativa para combatir la Alimentación Emocional. 8 de diciembre de 2016 [citado 1 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/4667>
45. [Rasouli A, Moludi J, Foroumandi E, Shamsavari S, Ebrahimi B. Emotional eating in relation to anthropometric indices and dietary energy intake based on gender. Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism. 1 de enero de 2019;12\(2\):131-9.](#)
46. [Bojanić Ž, Nedeljković J, Šakan D, Mitić PM, Milovanović I, Drid P. Personality Traits and Self-Esteem in Combat and Team Sports. Frontiers in Psychology. 2019;10:2280.](#)
47. [Ouyang Y, Wang K, Zhang T, Peng L, Song G, Luo J. The Influence of Sports Participation on Body Image, Self-Efficacy, and Self-Esteem in College Students. Frontiers in Psychology. 2020;10:3039.](#)
48. [Wright BJ, O'Halloran PD, Stukas AA. Enhancing Self-Efficacy and Performance: An Experimental Comparison of Psychological Techniques. Res Q Exerc Sport. 2016;87\(1\):36-46.](#)
49. [Franco E, Urosa J, Barakat R, Refoyo I. Physical Activity and Adherence to the Mediterranean Diet among Spanish Employees in a Health-Promotion Program before and during the COVID-19 Pandemic: The Sanitas-Healthy Cities Challenge. Int J Environ Res Public Health. 8 de marzo de 2021;18\(5\):2735.](#)
50. [Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Lizana-Calderón P, Castro A. \[Body image, psychological symptoms and eating disorders among Chilean adolescents and young adults\]. Rev Med Chil. junio de 2016;144\(6\):743-50.](#)
51. [Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios : Eating behavior and its relationship with stress, anxiety, depression, and insomnia in university students. Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. 1 de enero de 2019;36\(6\):1339-45.](#)
52. [Pop L-M, Iorga M. Consequences of University Student's Inadequate Nutrition on Physical and Psychological Well-Being During Adulthood: A Public Health Concern. Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Bioethica \(2011\). diciembre de 2019;64\(1/2\):41.](#)
53. [Melin A, Torstveit MK, Burke L, Marks S, Sundgot-Borgen J. Disordered eating and eating disorders in aquatic sports. Int J Sport Nutr Exerc Metab. agosto de 2014;24\(4\):450-9.](#)

54. [Petisco-Rodríguez C, Sánchez-Sánchez LC, Fernández-García R, Sánchez-Sánchez J, García-Montes JM. Disordered Eating Attitudes, Anxiety, Self-Esteem and Perfectionism in Young Athletes and Non-Athletes. Int J Environ Res Public Health. 16 de septiembre de 2020;17\(18\).](#)
55. [Goltz FR, Stenzel LM, Schneider CD. Disordered eating behaviors and body image in male athletes. Braz J Psychiatry. septiembre de 2013;35\(3\):237-42.](#)
56. [Jáuregui Lobera I, Bolaños-Ríos P, Valero-Blanco E, Ortega-de-la-Torre Á. Eating attitudes, body image and risk for eating disorders in a group of Spanish dancers. Nutr Hosp. 20 de septiembre de 2016;33\(5\):588.](#)
57. [Martínez Rodríguez A, Salar NV, Montero Carretero C, Cervelló Gimeno E, Roche Collado E, Vicente Salar N. Eating Disorders and Diet Management in Contact Sports; Eat-26 Questionnaire Does Not Seem Appropriate to Evaluate Eating Disorders in Sports. Nutricion Hospitalaria. octubre de 2015;32\(4\):1708-14.](#)
58. [Brancaccio M, Mennitti C, Gentile A, Correale L, Buzzachera CF, Ferraris C, et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on Job Activity, Dietary Behaviours and Physical Activity Habits of University Population of Naples, Federico II-Italy. Int J Environ Res Public Health. 5 de febrero de 2021;18\(4\).](#)
59. [Castro-López R, Cachón Zagalaz J, Valdivia-Moral P, Zagalaz Sánchez ML. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte. 2015;10\(2\):251-8.](#)
60. [Galli N, A Petrie T, Greenleaf C, J Reel J, E Carter J. Personality and psychological correlates of eating disorder symptoms among male collegiate athletes. Eat Behav. diciembre de 2014;15\(4\):615-8.](#)
61. [Annesi JJ, Gorjala S. Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. BioPsychoSocial Medicine. enero de 2010;4:10.](#)
62. [Toselli S, Spiga F. Sport practice, physical structure, and body image among university students. J Eat Disord. 17 de octubre de 2017; 5:31.](#)
63. [Demirci N, Demirci PT, Demirci E. The Effects of Eating Habits, Physical Activity, Nutrition Knowledge and Self-Efficacy Levels on Obesity. Universal Journal of Educational Research. 1 de enero de 2018;6\(7\):1424-30.](#)

ANEXOS

Anexo I: CUESTIONARIO:

CAJD21 - Calidad de la alimentación de jóvenes deportistas: aspectos psicológicos determinantes de la elección de la dieta.

Este estudio de la Universidad de Zaragoza tiene como objetivo explorar la calidad de la alimentación y la adherencia a la dieta mediterránea en jóvenes deportistas, y los aspectos psicológicos determinantes de esta. Para cumplimentarlo es necesario tener de 18 y 35 años, residir en España y practicar deporte semanalmente a nivel profesional o aficionado. Contestarlo no te costará más de 10 minutos. Este cuestionario es anónimo. Si requieres más información, puedes dirigirte a alfonsorombol@gmail.com. Muchas gracias por tu colaboración.

*Obligatorio

Sección 1.

1. He sido suficientemente informado del objetivo de esta investigación y presto mi consentimiento para participar. * *Marca solo un óvalo.*

Sí

No *Salta a la sección 11 ()*

Sección 2.

2. ¿Cuántos años tienes?

3. Sexo. *Marca solo un óvalo.*

Mujer

Hombre

Sección 3.

Actividad física: Las preguntas de esta sección sirven para agrupar en función del deporte que practicas, porqué lo haces y cuánto tiempo le dedicas semanalmente.

4. ¿Qué tipos de deportes practicas?

Selecciona el que correspondan.

- Deportes de combate (boxeo, kickboxing, artes marciales, ...)
- Deportes de pelota (fútbol, baloncesto, rugby, tenis, ...)
- Deportes atléticos (atletismo, natación, triatlón, ciclismo ...)
- Deportes en la naturaleza (surf, esquí, remo, alpinismo, ...)
- Halterofilia, fitness, crossfit.
- Otro:

5. ¿Cuál es el objetivo principal por el que realizas deporte?

Marca solo un óvalo.

- Profesional
- Recreativo u ocio
- Por salud
- Otro:

6. Semanalmente, ¿cuántas horas dedicas a hacer deporte?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 3 horas
- 3-5 horas
- 6-8 horas
- Más de 10 horas

7. ¿Cuántos años llevas practicando deporte?

Autoestima y autoeficacia: Esta sección va a evaluar tu nivel de autoestima y autoeficacia mediante la escala de Autoestima Rosenberg y la escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, junto a una pregunta en la que calificaras una serie de factores según la preocupación que te suponga.

8. La finalidad de las siguientes preguntas es evaluar el grado de satisfacción propio. Por favor, contesta las siguientes preguntas con la respuesta que considere más apropiada. *Marca solo un óvalo por fila.*

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que los demás | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En general estoy satisfecho de mí mismo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hay veces que realmente pienso que soy inútil. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A veces pienso que no soy buena persona. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad de resolver problemas. Lee cada una de ellas atentamente y marca la alternativa que consideres, ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas. *Marca sólo un óvulo por línea.*

| | Incorrecto | Apenas cierto | Más bien cierto | Cierto |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo confianza en que podría manejar eficazmente situaciones inesperadas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. De los siguientes factores a continuación, señala para cada uno el nivel de preocupación que te supone, siendo '0' nula, '1' leve, '2' moderada, y '3' intensa. *Marca solo un óvalo por fila.*

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Presión deportiva (horas semanales de entreno, diferencia intrapersonal de nivel, competición, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión social (ideales sociales, moda, redes sociales, familia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Internalización y insatisfacción corporal (cuerpo estándar, hábitos saludables) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Afecto (apoyo social, habilidades, impulsos, estrés) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 5.

Relación comida-emociones: A continuación, vamos a ver cuán conectadas están tus emociones con tu alimentación, realizando el Cuestionario del Comedor Emocional.

11. Responde estas preguntas:

| | Nunca | A veces | Generalmente | Siempre |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Piensas que te condiciona el pesarte? ¿Cambia tu estado de ánimo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tienes antojos por ciertos alimentos específicos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tienes problemas para controlar las cantidades que comes de ciertos alimentos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Comes cuando estás estresado/a, enfadado/a, o aburrido/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Comes cuando estás triste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol cuando estás solo/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Te sientes culpable cuando comes alimentos ultraprocesados? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando llegas cansado de trabajar y/o estudiar ¿Te cuesta controlar lo que comes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Cuántas veces sueles sentir que la comida te controla en vez de tú controlarla? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 6.

12. ¿Eres vegetariano/a o vegano/a?

Marca solo un óvalo.

- Sí Salta a la pregunta 13
- No Salta a la pregunta 17

Sección 7.

Cómo has respondido que SÍ eres vegetariano/a o vegano/a, te ha traído hasta esta sección, donde las preguntas corresponden a este grupo.

13. Desde que eres vegetariano/a o vegano/a, ¿has encontrado beneficios (mayor nivel de energía, mayor vitalidad, etc.)?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

14. Si la respuesta a la anterior pregunta es SÍ, especifica que beneficios te aporta.

15. ¿Te han detectado alguna patología (anemia, ...) o algún déficit nutricional a raíz de comenzar esta tendencia alimentaria?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

16. Si la respuesta anterior es SÍ, especifica cuál.

Salta a la pregunta 31.

Sección 8.

Adherencia a la dieta mediterránea: Aquí se vera la adherencia que tienes a la dieta mediterránea mediante el Test PREDIMED de Adherencia a la dieta mediterránea.

17. ¿Usas aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

18. ¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (teniendo en cuenta el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, ...) aproximadamente?

Marca solo un óvalo.

Menos de cuatro cucharadas.

Más de cuatro cucharadas.

19. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día (siendo 1 ración alrededor de 200 gramos, y las guarniciones o acompañamientos 1/2 ración)?

Marca solo un óvalo.

Menos de dos raciones.

Dos o más raciones al día.

20. ¿Cuántas piezas de fruta consumes al día?

Marca solo un óvalo.

Menos de tres.

Tres o más.

21. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día (una ración equivale a 100-150gr)?

Marca solo un óvalo.

Menos de una.

Una o más de una ración.

22. ¿Cuántas veces al día consumes mantequilla, margarina o nata?

Marca solo un óvalo.

Menos de una al día.

Una o más al día.

23. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consumes al día?

Marca solo un óvalo.

Menos de una al día.

Una o más al día.

24. ¿Cuánto vino consumes a la semana?

Marca solo un óvalo.

Tres o más vasos por semana.

Menos de tres vasos por semana.

25. ¿Cuántas veces a la semana consumes legumbre como plato principal o de acompañamiento?

Marca solo un óvalo.

Menos de tres a la semana.

Tres o más a la semana.

26. ¿Cuántas veces consumes pescado o mariscos a la semana?

Marca solo un óvalo.

Menos de tres a la semana.

Tres o más a la semana.

27. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

Marca solo un óvalo.

Menos de dos por semana.

Dos o más a la semana.

28. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? (Una ración es un puñado)

Marca solo un óvalo.

Menos de tres a la semana.

Tres o más a la semana.

29. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

30. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

Marca solo un óvalo.

Menos de dos a la semana.

Dos o más a la semana.

Salta a la pregunta 31

Sección 9.

Acercándonos al final del cuestionario, te realizo varias preguntas adicionales sobre tu alimentación y el consumo de suplementos deportivos.

31. ¿Sueles hacer 'cheat meal' (saltarte la dieta, comer más calorías que de costumbre en una comida)?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

32. Si la respuesta en la pregunta anterior ha sido SÍ, ¿Qué tipo de alimentos eliges para saltarte la dieta?

Marca solo un óvalo.

- Ultraprocesados (dulces o salados comerciales).
- Comida rápida.
- Sea lo que sea, lo hago en casa.
- Otro: _____

33. ¿Consumes suplementos?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

34. Si la respuesta anterior ha sido SÍ, selecciona de los siguientes suplementos cuales son los que tomas.

Selecciona todos los que correspondan.

- Proteínas
- Creatina
- Multivitamínicos
- Cafeína
- Glutamina
- Anabolizantes naturales
- Massgainers
- Otro:

Sección 10.

Y. por último, te pido que respondas estas últimas preguntas sobre tu alimentación y tu percepción física propia.

35. ¿Has acudido previamente a un dietista-nutricionista?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

36. ¿Cuál es el motivo por el que acudiste (o no) a un dietista-nutricionista?

37. Al cocinar, ¿conoces y empleas las medidas caseras, o pesas los ingredientes, para alcanzar tus necesidades energéticas y controlar las cantidades?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

38. ¿Piensas que tu alimentación es la adecuada?

Marca solo un óvalo.

Sí

Sí, pero podría mejorar.

No, pero me da igual.

No, y quiero cambiarla.

39. ¿Cuál es tu grado de satisfacción respecto a tu cuerpo?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Muy insatisfecho/a | <input type="radio"/> | Muy satisfecho/a |

40. Evalúa de 0 a 10 tu calidad de vida, siendo 0 (pésima) y 10 (óptima)

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Pésima | <input type="radio"/> | Óptima |

¡Esto es todo! Muchas gracias por tu colaboración y participación en la investigación.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios