

Artículo Original

¿Conocen las mujeres españolas cuál es la mejor estrategia para controlar el peso corporal?

Do Spanish women know the best strategy to control body weight?

Rodríguez-Rodríguez Elena, López-Plaza Bricia, López-Sobaler Ana M, Ortega Rosa M

Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Grupo de Investigación nº 920030

Resumen

Introducción: El colectivo femenino tiende a seguir dietas encaminadas a controlar el peso corporal. Sin embargo, estudios previos han constatado un gran desconocimiento sobre las pautas que resultan más convenientes para conseguir este fin.

Objetivo: Conocer las prácticas, hábitos y conocimiento en materia de nutrición de una población de mujeres en función de la realización previa, o no, de dietas de adelgazamiento.

Métodos: Se estudió un colectivo de 1506 mujeres españolas (18-50 años), recogiendo datos antropométricos e información sobre la frecuencia de consumo de alimentos habitual, junto con la que consideraban correcta para lograr una alimentación equilibrada. Posteriormente se procedió a comparar las respuestas de las mujeres que declararon haber realizado dietas encaminadas a lograr pérdidas de peso (49.5%) (grupo D) con las de aquellas que declararon no haber seguido nunca este tipo de pautas (50.5%) (grupo ND).

Resultados y discusión: Tanto en las mujeres D, como en las ND, el consumo declarado como habitual y el considerado adecuado para los cereales/legumbres, frutas/verduras y carnes/pescados/huevos fue inferior al aconsejado. Los dulces, grasa, bollos, embutidos y alcohol se consideraron, acertadamente, como alimentos a restringir cuando se sigue una dieta de control de peso, pero también se incluye equivocadamente en este grupo de alimentos a restringir al pan. Las mujeres del grupo D declararon aumentar el consumo de verduras, frutas, agua y pescado cuando siguen dietas para controlar el peso, pero no consideran conveniente el aumento de otros alimentos de contenido calórico similar y que se toman en cantidad inferior a la aconsejada como cereales y legumbres.

Conclusiones: La falta de conocimiento de la población general y, en concreto de las personas que han seguido pautas de control de peso, que deberían tener un mayor conocimiento sobre este tema, sobre lo que es una dieta correcta para perder y mantener el peso corporal, justifica la necesidad de mejorar la educación nutricional de la población ya que, como se ha observado en el presente estudio, existen creencias sobre este tema que es necesario desmitificar.

Palabras clave: conocimientos, hábitos alimentarios, mujeres, dietas de adelgazamiento

Correspondencia:

Dra. Elena Rodríguez-Rodríguez
Departamento de Nutrición
Facultad de Farmacia. Universidad Complutense
28040-Madrid
Teléfono: 91- 394 18 37 - Fax: 91-394 18 10
e-mail: elerodri@farm.ucm.es

Abstract

Introduction: Women usually follow diets to control body weight. Nevertheless, previous studies have reported a great unknowledge on the more convenient guidelines to achieve this aim.

Aim: To know the practices, habits and knowledge on nutrition of a population of women depending on the previous follow up of slimming diets.

Methods: 1506 women (18±50 years) of 5 Spanish provinces were studied. Anthropometric data, information about the habitual food consumption frequency and the knowledge about a balanced diet data was studied. The answers obtained from women who declared to have followed diets to lose weight (49.5 %) (group D) were compared to the answers of women who declared have not been follow this type of diets (50.5 %) (group ND).

Results and discussion: Both habitual and considered correct consumption for cereals/pulses, fruits/vegetables and meat/fish/egg was lower than the recommended consumption in women D and ND. Sweets, fat, buns, sausages and alcohol were considered to be, correctly, food to restricting when a diet to control of weight is followed. Nevertheless, and wrongly, bread was also included in this group. Women in group D declared to increase the consumption of vegetables, fruits, water and fish when they follow diets to control weight. On the contrary they do not consider being convenient increase the consumption of cereals and vegetables, which have similar caloric content than the mentioned food but their consumption is low

Conclusions: Under knowlege on what it is a correct diet to lose and maintain body weighs is common among the general population and among persons who have followed diets to control weight, which should have a major knowlege on this topic. It justifies the need to improve the nutritional education of the population because, according to the results of the present study, there are false ideas that are necessary to demythologize.

Key words: Knowledge, food habits, women, reducing diet

Abreviaturas:

IMC: Índice de Masa Corporal

Grupo D: mujeres que han hecho dieta alguna vez

Grupo ND: mujeres que nunca han hecho dieta

Introducción

El exceso de peso es un factor que aumenta el riesgo de padecer diferentes enfermedades crónicas como enfermedad cardiovascular (ECV), cáncer o diabetes¹.

Debido a esto y al cambio de los cánones de belleza producido en los últimos años, cada vez es más importante el número de personas que, teniendo o no un peso adecuado, se someten a dietas de adelgazamiento^{2,3}.

En este sentido el colectivo femenino merece especial atención ya que son el grupo de población que más preocupación presenta con respecto a su peso corporal y tienen más tendencia que los varones a seguir dietas y otras estrategias que le ayuden a perder peso⁴.

Aunque los pilares fundamentales para perder peso de forma saludable son la dieta y el ejercicio físico regular⁵, existe un gran desconocimiento en cuanto a las pautas más adecuadas para conseguir este objetivo y a menudo se siguen dietas eficaces, a corto plazo, pero que son difíciles de mantener y con las que, en muchos casos, no se logra adquirir unos hábitos alimentarios adecuados.

Partiendo de esta hipótesis, el objeto de nuestro estudio fue conocer las prácticas, hábitos y conocimiento en materia de nutrición de una población de mujeres en función de la realización o no de dietas de adelgazamiento como un primer paso para poner en marcha campañas de corrección de los errores encontrados.

Material y métodos

MÉTODOS

Sujetos de estudio

Se seleccionaron cinco puntos de la geografía española (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Bilbao) y se estableció el tamaño de muestra necesario para que fuera representativo a nivel nacional pero incluyendo el triple de mujeres que de varones. De esta forma se obtuvo un colectivo de 2168 personas (18-50 años) (575 varones y 1593 mujeres), a los que se pidió su participación voluntaria en el estudio. En el presente trabajo se muestran únicamente los datos de aquellas mujeres de las que se tiene información sobre el seguimiento de dietas de control de peso (1506 de las 1593 entrevistadas), dado que el resto no respondieron a esta pregunta.

Metodología

A todos los participantes del estudio se les aplicó un cuestionario en el que se recogía información sobre varios tipos de datos:

Datos socioeconómicos: se recogió información sobre profesión y consumo de tabaco, edad, sexo, ciudad de procedencia y tipo de actividad física habitual.

Datos antropométricos: se registraron datos autodeclarados de peso y talla. A partir de estos datos se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada individuo. El IMC permitió agrupar a las personas en individuos con sobrepeso, obesos o de peso normal⁶.

La **preocupación por el peso:** fue establecida preguntando:

¿Cuál es su peso ideal con el que se encuentra más atractivo?:

¿Cuál es el peso que considera más saludable para Vd.?:

¿Desearía perder algún kg de peso? (No/ Si)
¿Cuántos?:.....

¿Desearía ganar algún kg de peso? (No/ Si)
¿Cuántos?:.....

Datos sobre la **frecuencia de consumo habitual y la considerada conveniente** (en ambos casos podían dar la respuesta en veces/día, veces/semana o veces/mes) de diferentes alimentos: cereales, legumbres, frutas, verduras, carnes, pescados, huevos, lácteos, grasas, dulces, bebidas alcohólicas y agua. Como frecuencia de consumo de alimentos aconsejada se ha establecido la marcada en las guías en alimentación de Requejo & Ortega⁷ y Ortega et al.⁸.

Percepciones y conocimientos sobre aspectos relacionados con el control de peso: se preguntó sobre los alimentos cuyo consumo se creía necesario au-

mentar o disminuir cuando se siguen dietas de control de peso.

Análisis estadístico

Se presentan valores medios y desviación típica para cada uno de los parámetros estudiados o porcentajes de respuestas a las diferentes cuestiones. Las diferencias entre medias fueron establecidas utilizando la prueba de la "t" de Student y análisis de varianza y en los casos en los que la distribución de los resultados no fue homogénea, se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas como el test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, respectivamente. Para la comparación de variables cualitativas se ha empleado el test de la Chi cuadrado. Se consideran significativas las diferencias con $p < 0.05$.

Resultados

De las 1506 mujeres estudiadas, un 49.5% había seguido, o estaba siguiendo en el momento del estudio, algún tipo de pauta encaminada a la pérdida de peso (grupo D), mientras que un 50.5% nunca había seguido este tipo de práctica (grupo ND).

Al comparar los dos grupos (D y ND), encontramos que las mujeres pertenecientes al grupo D presentaban una mayor edad, peso e IMC que las del grupo ND y que, los pesos considerados como más atractivo y más saludable, eran también mayores en el primer grupo (Tabla 1). Por otra parte, un 66.2% de las mujeres estudiadas no realizaba ejercicio físico de forma regular, sin encontrar diferencias entre los dos grupos estudiados (Tabla 1).

Tabla 1. Datos autodeclarados de las mujeres estudiadas en función del seguimiento de dietas.

	Grupo D	Grupo ND
Nº de individuos	745	761
Edad (años)	31.4±10.2	30.0±10.1**
Peso (kg)	64.0±10.0	57.7±8.4***
Talla (cm)	165.9±30.6	164.9±6.4
IMC (kg/m ²)	23.6±3.7	21.2±2.7***
Percepciones sobre el peso		
- Peso considerado más atractivo (kg)	58.2±6.6	55.7±6.7***
- Peso considerado más saludable (kg)	58.3±6.3	55.8±6.5***
- Diferencia entre el peso real y el considerado atractivo (kg)	5.9±6.2	2.3±5.3***
- Diferencia entre el peso real y el considerado saludable (kg)	5.6±6.3	2.2±5.4***
Practica deporte (%) ¹ - No	66.3	66.1
- Si	33.7	33.9

IMC: Índice de Masa Corporal

Grupo D: mujeres que han hecho dieta alguna vez

Grupo ND: mujeres que nunca han hecho dieta

¹ Contestan 215 (D) y 421 (ND)

El consumo de refrescos light fue mayor en el grupo D que en el ND mientras que el de lácteos, grasas y refrescos no light fue superior en este último grupo (Tabla 2).

En los dos grupos estudiados se consumían más dulces y menos frutas y verduras y carnes/pescados/huevos del que se consideraba conveniente. Las mujeres del grupo D creían que tomaban más refrescos light y las del ND más lácteos de lo conveniente. En el grupo D se consideraba más adecuado tomar más carnes/pescados/huevos que en el grupo ND (Tabla 2).

En general, en los dos grupos, tanto el consumo real como el considerado adecuado de cereales/legumbres, frutas/verduras y carnes/pescados/huevos fueron inferiores a lo recomendado (Tabla 3)

Cuando se preguntó sobre los alimentos que se restringirían al seguir una dieta los más citados fueron los dulces, grasa, pan, bollos, embutidos y alcohol en los dos grupos (Gráfica 1).

Al preguntar acerca de los alimentos que se aumentan cuando se sigue una dieta a las mujeres del grupo D, los más citados fueron las verduras, frutas, agua y pescado (Gráfica 2).

Discusión

Aproximadamente la mitad de las mujeres encuestadas habían realizado alguna dieta con el fin de adelgazar a lo largo de su vida, lo que pone de manifiesto la disconformidad de este colectivo por su peso, hecho que coincide

Tabla 2. Consumo real y considerado correcto de alimentos y diferencia entre ambos en función del seguimiento de dietas (veces/día).

	Grupo D		Grupo ND	
	Consumo habitual	Consumo considerado correcto	Consumo habitual	Consumo considerado correcto
Cereales+ legumbres	2.9±2.4	3.0±3.5	3.0±1.5	2.9±3.3
Frutas+verduras	2.7±2.0	4.4±3.1 a***	2.7±1.9	4.5±2.5 a***
Carnes+pescados+huevos	1.29±0.83	1.6±1.5 a**	1.28±0.81	2.0±1.7 a***b*
Lácteos	3.0±1.6	3.0±2.1	3.6±2.1 b***	3.3±2.0
Grasas	1.9±1.2	1.9±1.7	2.3±1.8 b***	1.9±1.1
Dulces	0.50±0.62	0.21±0.45 a***	0.49±0.58	0.17±0.22 a***
Bebidas alcohólicas	0.32±1.34	0.22±0.50	0.27±0.48	0.19±0.37
Refrescos light	0.44±0.69	0.26±0.50 a**	0.27±0.62 b***	0.25±0.41
Refrescos normales	0.22±0.63	0.16±0.46	0.33±0.49 b*	0.17±0.35
Refrescos totales	0.66±0.90	0.43±0.93	0.59±0.76	0.41±0.67

Grupo D: mujeres que han hecho dieta alguna vez

Grupo ND: mujeres que nunca han hecho dieta

a: diferencias dentro de cada grupo entre el consumo habitual y el considerado correcto

b: diferencias entre grupos

Tabla 3. Diferencias entre el consumo real y considerado correcto de alimentos y el recomendado en función del seguimiento de dietas (veces/día).

	Consumo mínimo recomendado (veces/día)	Grupo D		Grupo ND	
		Diferencia entre consumo habitual y recomendado	Diferencia entre consumo considerado correcto y recomendado	Diferencia entre consumo habitual y recomendado	Diferencia entre consumo considerado correcto y recomendado
Cereales+ legumbres	6	-3.1±2.4 a***	-3.0±3.5 a***	-3.1±1.5 a***	-3.2±3.3 a***
Frutas+verduras	5	-2.4±2.0 a***	-0.65±3.05 a**	-2.3±1.9 a***	-0.50±2.46 a**
Carnes+pescados+huevos	2	-0.71±0.83 a***	-0.40±1.52 a***	-0.72±0.81 a***	-0.02±1.71 b*
Lácteos	2	1.03±1.63 a***	0.97±2.09 a***	1.6±2.1 a***b***	1.3±2.0 a***

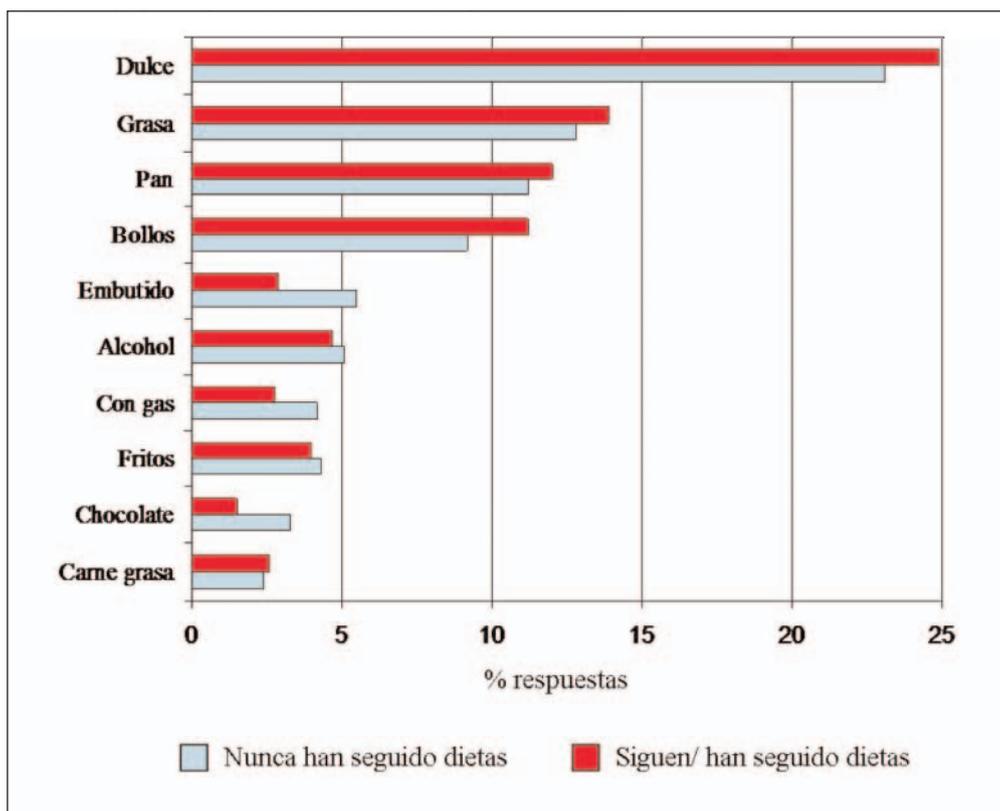
Grupo D: mujeres que han hecho dieta alguna vez

Grupo ND: mujeres que nunca han hecho dieta

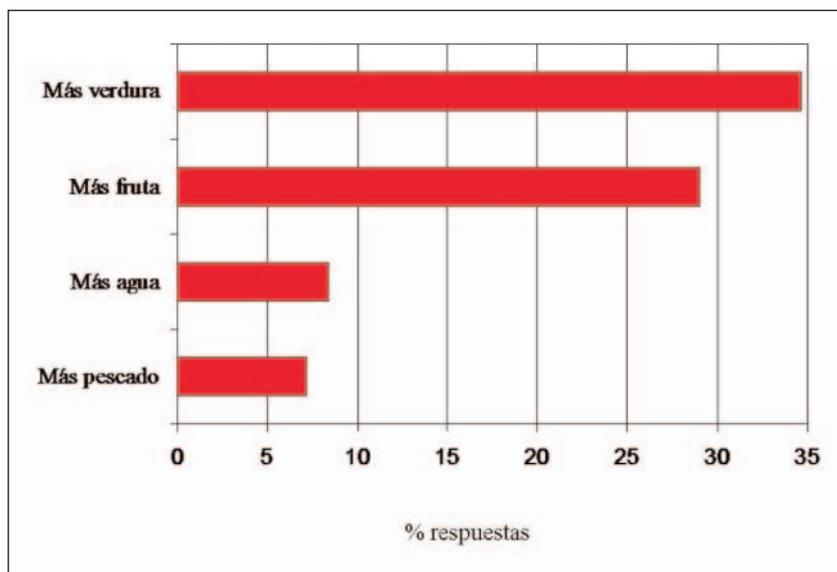
a: diferencias dentro de cada grupo entre el consumo habitual o el considerado correcto y el mínimo recomendado

b: diferencias entre grupos

Gráfica 1. Alimentos que se disminuirían para perder peso. Se muestran los 10 alimentos más citados y que suponen el 80% de las respuestas dadas



Gráfica 2. Alimentos que se aumentan cuando se sigue una dieta. Se muestran los 4 alimentos más citados y que suponen el 80% de las respuestas dadas



con los resultados encontrados en otros estudios realizados en la población^{9,10}.

Esta disconformidad en muchos casos está justificada; de hecho, las mujeres que pertenecen al grupo D presentan un mayor peso e IMC que las que pertenecen a grupo ND y un 28.1% presenta sobrepeso/obesidad. Sin embargo, en otros casos el seguimiento de estas dietas no tiene justificación ya que se observa que un 69.4% de las mujeres del grupo D presenta normopeso y un 2.5% bajo peso. El deseo de perder peso aunque no se necesite ha sido observado con anterioridad en otros grupos de mujeres¹¹⁻¹³ y puede ser debido a que el colectivo femenino recibe desde edades tempranas mensajes constantes sobre los patrones de belleza y su relación con el éxito, personal y profesional⁴.

De acuerdo con lo anterior, encontramos que tanto el peso considerado

como más saludable y el considerado como el más atractivo fueron inferiores a su peso real, aunque fue mayor la diferencia en el caso de las mujeres que habían hecho dieta alguna vez (grupo D). Esto puede ser debido a que en este grupo el peso e IMC eran mayores que en el grupo ND, lo que coincide con otros estudios, como el de Malinauskas et al.¹², en el que se observó que tanto el peso considerado como más saludable como el más atractivo se distanciaban más del real al aumentar el IMC (5%, 13% y 23% y un 6%, 15% y 26% menor respectivamente en mujeres con normopeso, sobrepeso y obesidad). Por otra parte, las diferencias entre estos pesos y el real fueron mayores en el grupo D que en el ND, hecho que pone de manifiesto la menor satisfacción por la imagen corporal en el grupo de mujeres que hace o ha hecho dietas con respecto a las que no las hace, lo que coincide con los resultados de otras investigaciones¹⁴.

Esta insatisfacción por la imagen corporal y el deseo de adelgazar a toda costa puede conducir a la realización de dietas inadecuadas y desequilibradas que se basan en los propios conocimientos, el consejo de personas cercanas o fuentes de información inadecuadas como la televisión o Internet^{15,16}. De hecho, en el presente estudio, un 27.8% de las mujeres del grupo D se basa en sus propios conocimientos cuando comienza una dieta y un 10.3 % en los de un amigo. A pesar de que el conocimiento, propio o ajeno, es una fuente de información muy utilizada, en muchos casos no es correcto y se aleja mucho de las recomendaciones que se deben seguir para tener una dieta equilibrada y más aún, para conseguir perder peso de forma gradual y saludable^{17,18}.

En relación con esto, y a pesar de que la realización de ejercicio físico es un pilar fundamental para conseguir una pérdida de peso adecuada y mantenerla a largo plazo^{19,20}, solamente un 33.8% de la población estudiada declaró practicar algún tipo de deporte, sin encontrar diferencias en función de haber realizado o no dietas de control de peso. En otros estudios también se ha constatado la falta de actividad física en la población general²¹ y en aquella que intenta controlar su peso corporal²².

Uno de los mayores errores de la población en materia nutricional se refiere al tipo de alimentos que deben restringirse en las dietas de control de peso. En general, los hidratos de carbono y los alimentos que los contienen son considerados peligrosos, y frecuentemente suelen ser restringidos en las dietas de adelgazamiento^{23,24}.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro colectivo, en el que ni el consumo real ni el considerado conveniente de cereales y legumbres alcanzó el mínimo recomendado y no se consideró conveniente aumentar su consumo cuando se sigue una dieta de adelgazamiento. Además, al preguntar sobre los alimentos que se deberían restringir para perder peso, el pan se citó en más ocasiones que la bollería, los embutidos o el alcohol, que son alimentos mucho más calóricos. Estos datos son similares a los obtenidos en un estudio realizado hace 10 años por Ortega y colaboradores²⁵, en el que el alimento a restringir en las dietas de control de peso más citado era la carne, seguido de los dulces y bollos, y pan, mientras que las grasas y el alcohol ocupaban el quinto y sexto lugar respectivamente, por lo que no parece que haya cambiado la situación desde entonces. Lejos de estas creencias, existen numerosos estudios que han puesto de manifiesto que aumentar el consumo de cereales y disminuir el de grasa es una medida útil para controlar el peso corporal, lo que además, ayudaría a aproximar la dieta a las pautas recomendadas²⁶⁻²⁹ y a mejorar el perfil calórico de las dietas y el aporte en relación con diferentes nutrientes³⁰⁻³⁴.

Al contrario que los cereales y las legumbres, las frutas y las verduras suelen ser consideradas por la población alimentos saludables y beneficiosos para el control de peso³⁵. De hecho, en nuestro estudio, fueron los alimentos cuyo consumo se aumenta en mayor medida cuando se siguen dietas de adelgazamiento, lo que coincide con otras investigaciones en las que también se encuentra que aumentar el consumo de estos alimentos es una práctica común para perder peso³⁶. A pesar de ello, su consumo estuvo por debajo de lo recomendado en ambos grupos, situación que es frecuente en la población española y en otros países industrializados^{37,38} y que puede ser debida al rechazo de este grupo de alimentos por su sabor, olor o textura, por razones económicas o por la influencia de hábitos alimentarios inadecuados^{39,40}.

El consumo de carnes, pescados y huevos fue similar en los dos grupos y, aunque en ambos se encontraba bastante próximo al mínimo recomendado, las mujeres del grupo ND consideraban que se debía tomar una cantidad más próxima a la recomendada que las del grupo D, sobretodo en lo que respecta al consumo de huevos (5.4±9.0 veces/semana en el grupo ND frente a 2.6±3.4 veces/semana en el grupo D). En algunos estudios se ha relacionado el consumo de huevos con la

elevación de los niveles de colesterol en sangre y el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular (ECV), y esto ha promovido la mala fama de este alimento²⁴ y su restricción en algunos regímenes de adelgazamiento, lo que puede explicar que las mujeres del grupo D consideraran como adecuado un consumo demasiado bajo. Sin embargo, los estudios más actuales realizados en este sentido no han encontrado ninguna asociación consistente entre el consumo de huevos y la ECV^{41,42} por lo que no hay razón para limitar su consumo, pudiéndose consumir incluso hasta 1 unidad al día^{43,44}. Esta pauta se puede aplicar también en las dietas de control de peso debido al poder saciante que presentan los huevos. En un estudio realizado recientemente en personas con sobrepeso y obesidad, se ha comprobado que al incluir un huevo en el desayuno se disminuía la ingesta energética durante el resto del día y hasta las siguientes 36 horas, hecho muy importante en los tratamientos de pérdida de peso⁴⁵.

Al contrario que en el caso de los huevos, aumentar el consumo de pescado fue considerado conveniente cuando se intenta perder peso por las mujeres del grupo D. Esta relación entre el consumo de pescado con el control de peso no es extraña ya que algunos autores señalan que es conveniente tomar más pescado que carne en los regímenes de adelgazamiento⁴⁶ porque se ha comprobado que al añadir pescado a la dieta se consiguen mayores pérdidas de peso que con una dieta hipocalórica similar, pero con menos contenido en pescado^{47,48}.

El consumo medio de lácteos fue el único que superó el mínimo recomendado, lo que coincide con lo que se observa en diferentes estudios a nivel nacional, en los que se ha observado un aumento en el consumo de este grupo de alimentos en la población durante últimos años debido, fundamentalmente, al consumo de derivados lácteos y a la promoción de su consumo para evitar la aparición de enfermedades como la osteoporosis en la edad avanzada⁴⁹. Las mujeres del grupo ND manifestaron tomar más cantidad y, a la vez, consideraban que había que tomar más cantidad del mínimo recomendado, que las del grupo D. En las dietas de adelgazamiento se suele restringir el consumo de quesos y derivados lácteos por su alto contenido en grasa y, por lo tanto, en calorías, lo que puede justificar la situación encontrada en el presente estudio⁵⁰.

El consumo elevado de grasas y dulces se ha relacionado con el padecimiento de sobrepeso y obesidad⁵¹⁻⁵⁴ y se debe evitar en las pautas encaminadas a la pérdi-

da de peso. Aunque las mujeres del estudio mostraron un consumo algo elevado, ya que se recomienda tomarlos de forma moderada⁷, las mujeres del grupo D tomaban menos grasa y más refrescos light que las del grupo ND. Este hecho, unido a que tomaban más dulces de lo que creían conveniente y a que las grasas y los dulces fueron citados en primer y segundo lugar cuando se preguntó por alimentos cuyo consumo se restringiría para perder peso, pone de manifiesto el conocimiento que tienen las mujeres sobre la conveniencia de limitar el consumo de dulces y grasas cuando se pretende este fin. Este resultado coincide con otros estudios similares^{25,55-57} en los que también se ha constatado la restricción de éstos alimentos cuando se intenta perder peso.

La falta de conocimiento en materia nutricional de la población general y, en concreto, sobre lo que es una dieta correcta para perder y mantener el peso corporal justifica la necesidad de mejorar la educación nutricional de la población ya que, como se ha observado en el presente estudio, existen creencias sobre este tema que es necesario desmitificar, como es el temor a aumentar el consumo de los cereales. Además se debe hacer hincapié sobre el beneficio del consumo de alimentos como las frutas y verduras ya que, aunque son alimentos considerados como saludables por la población y útiles para el control de peso, su ingesta y la cantidad considerada como conveniente, todavía se aleja del mínimo recomendado. Por lo tanto, la mejora del conocimiento nutricional de la población es una herramienta importante para mejorar sus hábitos alimentarios y promover pérdidas de peso justificadas y de forma saludable.

Agradecimientos

Trabajo financiado por Kellogg España con un proyecto Universidad-Empresa (ref: 181/2006)

Bibliografía

1. Ginter E, Simko V. Adult obesity at the beginning of the 21st century: epidemiology, pathophysiology and health risk. *Bratisl Lek Listy*. 2008;109(5):224-30.
2. Di Diodoro D. [News and advertising on foods, diet and obesity]. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2005; 64(1): 50-52.
3. Legenbauer T, Herpertz S. Eating disorders—diagnosis and treatment. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008; 133(18): 961-965.
4. Strahan EJ, Spencer SJ, Zanna MP. Don't take another bite: how sociocultural norms for appearance affect women's eating behavior. *Body Image* 2007; 4(4): 331-342.

5. Dubnov-Raz G, Berry EM. The dietary treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008;37(4):873-886.
6. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B y Grupo Colaborativo de la SEEDO. 2007 Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2007; 128(5): 184-196.
7. Requejo AM, Ortega RM. El rombo de la Alimentación: Nutrición correcta. Una prioridad sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1997.
8. Ortega RM, Requejo AM, Andrés P, Redondo MR, López-Sobaler AM, Quintas E. El rombo de la alimentación. Guía útil en la planificación de dietas ajustadas a las pautas recomendadas. *Nutr Clin* 1998;16: 35-43.
9. Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA.* 1999; 282: 1353-1358
10. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)/ Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)/ Roche Farma. III Estudio sobre creencias y actitudes frente al exceso de peso. 2005.
11. Ortega RM, Requejo AM, Quintas E, Redondo MR, López-Sobaler M, Andrés P. Concern regarding bodyweight and energy balance in a group of female university students from Madrid: differences with respect to body mass index. *J Am Coll Nutr.* 1997; 16(3): 244-251.
12. Malinauskas BM, Raedeke TD, Aeby VG, Smith JL, Dallas MB. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutr J.* 2006; 5: 11.
13. Thianthai C. Do male and female adolescents view their dissatisfaction with body parts in the same way? *Int J Adolesc Med Health.* 2008; 20(1): 33-39.
14. Gingras J, Fitzpatrick J, McCargar L. Body image of chronic dieters: lowered appearance evaluation and body satisfaction. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(10):1589-1592.
15. Cuadrado C, Carbajal A, Moreiras O. Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *Eur J Clin Nutr.* 2000;54 Suppl 1:S65-68.
16. Millstein RA, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, Zhang J, Blanck HM, Ainsworth BE. Millstein RA, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, Zhang J, Blanck HM, Ainsworth BE. Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. *Medscape J Med.* 2008;10(5):119.
17. Davison K. The quality of dietary information on the World Wide Web. *Clin Perform Qual Health Care.* 1997;5(2):64-66.
18. Tsai AG, Wadden TA. Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med.* 2005;142(1):56-66.
19. McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Seagle HM, Hill JO. Long-term maintenance of weight loss: do people who lose weight through various weight loss methods use different behaviors to maintain their weight? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22: 572-577.
20. Jeffery RW, Wing RR, Sherwood NE, Tate DF. Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome? *Am J Clin Nutr.* 2003;78: 684-689.
21. Strong KA, Parks SL, Anderson E, Winett R, Davy BM. Weight gain prevention: identifying theory-based targets for health behavior change in young adults. *J Am Diet Assoc.* 2008;108(10):1708-1715.
22. Bish CL, Blanck HM, Serdula MK, Marcus M, Kohl HW 3rd, Khan LK. Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obes Res.* 2005;13(3):596-607.
23. Ortega RM, Andrés P, Requejo M, López-Sobaler AM, Redondo RM, González-Fernández M. Hábitos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en adolescentes con sobrepeso en comparación con los de peso normal. *Ann Esp Ped* 1996: 44(3):203-208.
24. Perea JM, Navia B. Preguntas y respuestas más frecuentes en relación con la alimentación de la mujer. En: Ortega RM, editor. *Nutrición en población femenina. Desde la infancia hasta la edad avanzada.* Madrid: Ergon; 2007. p. 139-145.
25. Ortega RM, Requejo AM, Quintas ME, Andrés P, Redondo MR, López-Sobaler AM. Desconocimiento sobre la regulación dieta-control de peso corporal de un grupo de jóvenes universitarios. *Nutr Clin.* 1996; 16:147-153.
26. Ortega RM, López-Sobaler AM, Andrés P, Quintas E, Navia B, Requejo AM. Influencia de la cantidad y tipo de carbohidratos consumidos en la regulación del peso corporal. *Rev Clin Esp.* 1997; 197:635-639.
27. Kennedy ET, Bowman SA, Spence JT, Freedman M, King J. Popular diets: correlation to health, nutrition, and obesity. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 411-420.
28. Song WO, Chun OK, Obayashi S, Cho S, Chung CE. Is consumption of breakfast associated with body mass index in US adults? *J Am Diet Assoc.* 2005;105(9):1373-1382.
29. Ortega RM, Rodríguez-Rodríguez E, Aparicio A, Marín-Arias LI, López-Sobaler AM. Responses to two weight-loss programs based on approximating the diet to the ideal: differences associated with increased cereal or vegetable consumption. *Int J Vitam Nutr Res.* 2006;76(6):367-376.
30. Gibson S. Micronutrient intakes, micronutrient status and lipid profiles among young people consuming different amounts of breakfast cereals: further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of Young People aged 4 to 18 years. *Public Health Nutr.* 2003;6(8):815-820.
31. Tucker KL, Olson B, Bakun P, Dallal GE, Selhub J, Rosenberg IH. Breakfast cereal fortified with folic acid, vitamin B-6, and vitamin B-12 increases vitamin concentrations and reduces homocysteine concentrations: a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(5):805-811.
32. Ortega RM, López-Sobaler AM, Andrés P, Rodríguez-Rodríguez E, Aparicio A, Bermejo LM, López-Plaza B. Changes in folate status in overweight/obese women following two different weight con-

- trol programmes based on an increased consumption of vegetables or fortified breakfast cereals. *Br J Nutr*. 2006;96(4):712-718.
33. Ortega RM, Andrés P, López-Sobaler AM, Rodríguez-Rodríguez E, Aparicio A, Bermejo LM, García-González L, Basabe B. Changes in thiamin intake and blood levels in young, overweight/obese women following hypocaloric diets based on the increased relative consumption of cereals or vegetables. *Eur J Clin Nutr*. 2007;61(1):77-82.
 34. Rodríguez-Rodríguez E, López-Sobaler AM, Navarro AR, Bermejo LM, Ortega RM, Andrés P. Vitamin B6 status improves in overweight/obese women following a hypocaloric diet rich in breakfast cereals, and may help in maintaining fat-free mass. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Oct;32(10):1552-1558.
 35. Ortega RM, Requejo AM, López-Sobaler AM, Navia B, Perea JM, Mena MC, Faci M, Lozano MC, Navarro AM. Conocimiento respecto a las características de una dieta equilibrada y su relación con los hábitos alimentarios de un colectivo de jóvenes universitarios. *Nutr Clin*. 2000;5:19-25.
 36. Sherwood NE, Harnack L, Story M. Weight-loss practices, nutrition beliefs, and weight-loss program preferences of urban American Indian women. *J Am Diet Assoc*. 2000 Apr;100(4):442-446.
 37. FAO. Increasing fruit and vegetable consumption becomes a global priority. 2003. Disponible en: <http://www.fao.org/english/newsroom/focus/2003/fruitveg1.htm>. Acceso el 12 de Diciembre de 2008.
 38. OMS. Obesidad y sobrepeso. 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Acceso el 12 de Diciembre de 2008.
 39. Neumark-Sztainer D, Wall M, Perry C, Story M. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. *Prev Med*. 2003;37(3):198-208.
 40. Granner ML, Sargent RG, Calderon KS, Hussey JR, Evans AE, Watkins KW. Factors of fruit and vegetable intake by race, gender, and age among young adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2004 Jul-Aug;36(4):173-180.
 41. Kritchevsky SB, Kritchevsky D. Egg consumption and coronary heart disease: an epidemiologic overview. *J Am Coll Nutr* 2000;19(5 Suppl):549S-555S.
 42. Hu FB, Stampfer MJ, Rimm EB, Manson JE, Ascherio A, Colditz GA, Rosner BA, Spiegelman D, Speizer FE, Sacks FM, Hennekens CH, Willett WC. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA* 1999;281(15):1387-1394.
 43. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ, Erdman JW, Kris-Etherton P, Goldberg IJ, Kotchen TA, Lichtenstein AH, Mitch WE, Mullis R, Robinson K, Wylie-Rosett J, St Jeor S, Suttie J, Tribble DL, Bazzarre TL. AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation* 2000;102(18):2284-2299.
 44. Kritchevsky SB. A review of scientific research and recommendations regarding eggs. *J Am Coll Nutr* 2004;23(6 Suppl):596S-600S.
 45. Vander JS, Marth JM, Khosla P, Jen KL, Dhurandhar NV. Short-term effect of eggs on satiety in overweight and obese subjects. *J Am Coll Nutr* 2005;24(6):510-515.
 46. Álvarez J, Monereo S, Cancer E. Recomendaciones nutricionales en obesidad. En: León M, Celaya S, editores Manual de Recomendaciones Nutricionales al Alta Hospitalaria.. Barcelona: Novartis Consumer Health SA; 2001. p. 65-84.
 47. Mori TA, Bao DQ, Burke V, Puddey IB, Watts GF, Beilin LJ. Dietary fish as a major component of a weight-loss diet: effect on serum lipids, glucose, and insulin metabolism in overweight hypertensive subjects. *Am J Clin Nutr* 1999;70(5):817-825.
 48. Thorsdottir I, Tomasson H, Gunnarsdottir I, Gisladdottir E, Kiely M, Parra MD, Bandarra NM, Schaafsma G, Martínéz JA. Randomized trial of weight-loss-diets for young adults varying in fish and fish oil content. *Int J Obes (Lond)* 2007;31(10):1560-1566.
 49. Huth PJ, DiRienzo DB, Miller GD. Major scientific advances with dairy foods in nutrition and health. *J Dairy Sci*. 2006;89(4):1207-1221.
 50. Dubnov-Raz G, Berry EM. The dietary treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2008;37(4):873-886.
 51. Garaulet M, Martinez A, Victoria F, Perez-Llamas F, Ortega RM, Zamora S. Difference in dietary intake and activity level between normal-weight and overweight or obese adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000;30(3):253-258.
 52. Lahti-Koski M, Pietinen P, Heliövaara M, Vartiainen E. Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK Studies. *Am J Clin Nutr*. 2002;75(5):809-817.
 53. Gulliford MC, Mahabir D, Rocke B. Food insecurity, food choices, and body mass index in adults: nutrition transition in Trinidad and Tobago. *Int J Epidemiol*. 2003;32(4):508-516.
 54. Davis JN, Hodges VA, Gillham MB. Normal-weight adults consume more fiber and fruit than their age- and height-matched overweight/obese counterparts. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(6):833-840.
 55. French SA, Jeffery RW, Murray D. Is dieting good for you?: Prevalence, duration and associated weight and behaviour changes for specific weight loss strategies over four years in US adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23(3):320-327.
 56. Neumark-Sztainer D, Wall M, Eisenberg ME, Story M, Hannan PJ. Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Prev Med*. 2006;43(1):52-59.
 57. Navia B, Ortega RM, Requejo AM, Mena MC, Perea JM, López-Sobaler AM. Influence of the desire to lose weight on food habits, and knowledge of the characteristics of a balanced diet, in a group of Madrid university students. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57 Suppl 1:S90-93.