

31921
56



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“TRASTORNO ALIMENTARIO EN NIÑOS CON
DISTINTO NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA”**

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

FUENTES TOLEDO ERIKA SUSANA

DIRECTORA: DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO

ASESORES: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ



IZTACALA

TALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO, MARZO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Proyecto apoyado por PAPIIT-IN301901 y PROBETEL

AGRADECIMIENTOS

A ti Señor

Porque en silencio me has acompañado a lo largo de mi vida y sin pedirme nada a cambio hoy me regalas la alegría de ver realizado uno más de mis sueños. Guarda mi corazón cerca de ti y guíame día con día.

A mis padres Estela y Alberto

Infinitamente agradezco a ustedes, que siempre velaron por mí desde niña y me impulsaron a seguir adelante aún cuando hubo algunas dudas y tropiezos. Hoy también gracias a ustedes me lleno de orgullo al dedicarles esta realidad tan hermosa que me han permitido alcanzar: Mi formación profesional.

Los amo

A mis hermanos Luis y Arturo

Hoy es un gran día, hoy termina una larga jornada de sacrificios y desvelos y quiero que sepan que una gran motivación a lo largo de todo este tiempo han sido ustedes, que confiaron en mí y me alentaron a seguir adelante. Muchas gracias por su apoyo y por ser unos hermanos maravillosos.

A Horacio

Por tu apoyo incondicional y por el amor que sin duda me has entregado a lo largo de todo este tiempo. Porque tu presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado a lograr esta meta.

Gracias Amor

A mis amigas Miriam, Magali y Karina

Porque siempre han estado acompañándome y brindándome su amistad. Al culminar esta etapa tan importante, quiero darles las gracias por contar siempre con ustedes y por saber que siempre estarán apoyándome en cada nuevo reto que se me presente.

Con cariño

ÍNDICE

| | Pag. |
|---|------|
| RESUMEN | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| ANTECEDENTES TEÓRICOS | |
| 1. La alimentación en la infancia y la adolescencia | 8 |
| 1.1. La alimentación del deportista | 10 |
| 2. El deporte en la infancia y la adolescencia | 14 |
| 2.1. Breve historia del deporte | 14 |
| 2.2. Tipos de deporte | 16 |
| 2.3. El deporte en la infancia y la adolescencia | 21 |
| 2.4. Aspectos psicológicos del deporte | 25 |
| 3. Trastornos alimentarios y deporte | 29 |
| 3.1. Anorexia nerviosa | 29 |
| 3.1.1. Criterios diagnósticos | 29 |
| 3.1.2. Epidemiología | 31 |
| 3.1.3. Factores de riesgo | 32 |
| 3.1.3.1. Factores predisponentes | 32 |
| 3.1.3.2. Factores precipitantes | 36 |
| 3.1.3.3. Factores Mantenedores | 32 |
| 3.2. Bulimia nerviosa | 37 |
| 3.2.1. Criterios diagnósticos | 37 |
| 3.2.2. Epidemiología | 38 |
| 3.2.3. Factores de riesgo | 39 |
| 3.2.3.1. Factores predisponentes | 40 |
| 3.2.3.2. Factores precipitantes | 41 |
| 3.2.3.3. Factores mantenedores | 41 |
| 3.3. Trastornos alimentarios en niños | 42 |
| 3.4. Trastornos alimentarios en deportistas | 44 |
| 3.4.1. Importancia de la delgadez | 45 |
| 3.4.2. Deportes de riesgo | 46 |
| OBJETIVOS | 52 |
| MÉTODO | |
| Sujetos | 53 |
| Instrumentos | 54 |
| Procedimiento | 57 |
| Análisis de datos | 58 |

| | |
|--------------|----|
| RESULTADOS | 60 |
| DISCUSIÓN | 75 |
| CONCLUSIONES | 82 |
| REFERENCIAS | |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Actualmente el deporte es visto como una actividad recreativa y saludable, sin embargo, cuando se utiliza como una medida de control y reducción del peso corporal puede haber algunos inconvenientes y peligros como sería la presencia de trastornos alimentarios. Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue identificar la presencia de trastorno alimentario y su sintomatología en tres grupos de niños con distinto nivel de actividad física así como conocer la relevancia de la interiorización del modelo estético de delgadez y de la insatisfacción corporal. Participaron 158 varones con un rango de edad de 10 a 14 años, que de acuerdo al número de horas y días a la semana que practicaban deporte se agruparon en Deportistas (n= 71), Activos (n=41) y Sedentarios (n= 46) –el cual fungió como grupo control–. Todos fueron entrevistados y respondieron al Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT), Test de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) y Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ). Los resultados indican 4 casos de Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), pertenecientes todos ellos al grupo de deportistas, caracterizándose por: presencia de atracones asociados a restricciones alimentarias, malestar e insatisfacción corporal y consumo de fármacos.

Así mismo, el grupo de deportistas también presentó mayor sintomatología de trastorno alimentario (14%) -especialmente entre los que practicaban fútbol americano (5.6%) y soccer (4.2%)- y más fluctuaciones en el peso corporal, mientras que en el grupo de activos hubo mayor presencia de vómito. En lo referente a la Insatisfacción corporal (BSQ) sólo se presentó un caso en el grupo de deportistas, en cuanto a una gran interiorización de modelo estético de delgadez, se presentó en los grupos de deportistas (20 casos) y activos (11 casos). Por tanto, el tipo de deporte y el nivel de actividad –horas y días de práctica deportiva– resultan relevantes en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, siendo el Fútbol Americano y Soccer los de mayor riesgo.

INTRODUCCIÓN

Para hablar de alimentación no es suficiente concebir al ser humano como un sistema biológico, sino que es necesario contemplar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que lo rodean. Este parece ser el camino para adentrarse a las patologías alimentarias, las que hace poco más de tres décadas se identificaron y denominaron como trastornos de la conducta alimentaria. Tales trastornos han sido definidos por Raich en 1994 como "trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de la ingestión; es decir la base y fundamento de estos trastornos se halla en la alteración psicológica" (pag. 20).

Los trastornos alimentarios más frecuentes son la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa, los cuales, además de poner en peligro la salud de los pacientes por vía de la malnutrición o inanición, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas como: trastornos de la personalidad, ansiedad, depresión, poca tolerancia a la frustración, mala adaptación social, distorsión perceptual, estrés y hostilidad (Holtz, 1998; Mancilla *et al.*, 1998). Pese a esto, se necesita de una combinación de factores asociados para desencadenar un trastorno alimentario, por lo que se dice que éstos son enfermedades multifactoriales.

Las tasas más altas de prevalencia de anorexia (0.2% a 0.8%) y bulimia (1% a 3%) se encuentran entre la población femenina adolescente (Tannehaus, 1995). No obstante, en los últimos años se ha observado que este tipo de trastornos no es exclusivo de las mujeres, puesto que la población masculina, aunque en menor proporción, presenta incidencia de anorexia nerviosa (0.02%) y de bulimia nerviosa (0.1%), (Garfinkel & Woodside, 1995; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995).

Por otra parte, pese a que la adolescencia se ha identificado como un posible factor predisponente de los trastornos alimentarios, en años recientes se ha visto que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como modificaciones drásticas en los hábitos alimentarios (dietas restrictivas o ayunos), también están presentes en niños con

edades entre los siete y ocho años. (Edlund, Halvarson & Sjoden, 1996; Kostanski & Gullone, 1999; Maloney, McGuire, Daniels & Specker, 1989; Rolland, Farnhill y Griffiths, 1997). Esto indica que en nuestra cultura, la insatisfacción corporal junto con la promoción de un modelo estético corporal "delgado" también ejerce influencia en la población infantil, alterando sus conductas alimentarias (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Gustafson-Larson & Rhonda, 1992).

Considerando lo anterior, las disciplinas deportivas cobran relevancia para la investigación en trastornos alimentarios, debido a que su actividad se rige alrededor del cuerpo y/o peso corporal, y sobre todo porque la actividad deportiva se comienza a realizar desde edades muy tempranas, es decir, que se conjuga la influencia de un modelo de delgadez con el beneficio que puede traer la reducción del peso sobre el rendimiento deportivo.

Por lo tanto, la finalidad del presente trabajo de investigación fue identificar la presencia de trastorno alimentario así como su sintomatología en tres grupos de varones con un nivel de actividad física diferente. Así como valorar la relevancia de la insatisfacción corporal y la influencia de modelos estéticos corporales en la actividad deportiva.

Primeramente se presenta un marco teórico donde se hace mención de la importancia que tiene la alimentación en la infancia y adolescencia (Cap.1). Posteriormente se realiza una breve historia del deporte y la forma en que actualmente se concibe esta actividad (Cap. 2), para así poder entrar de lleno a los trastornos alimentarios en niños, especialmente en aquellos que practican algún tipo de deporte (Cap.3). En seguida se brinda la información de la investigación realizada como sería el método, los resultados, la discusión y conclusiones.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La alimentación ha sido una necesidad primaria y fundamental que el hombre ha tenido que satisfacer para poder vivir. Un buen desarrollo sólo puede obtenerse cuando recibe diariamente las cantidades adecuadas de nutrimentos, sin embargo, se debe distinguir entre la alimentación y la nutrición, términos que habitualmente y de manera errónea son usados como sinónimos. La alimentación se refiere a una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles y está mediada por aspectos culturales, económicos, psicológicos, disponibilidad de alimentos, preferencias y contextos sociales entre otros; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos (Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998).

De manera tal, que si el proceso metabólico denominado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación adopta formas diferentes en cada país, región, estrato social, familia e inclusive, tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en que se encuentre. Por tanto, la importancia que la alimentación adquiere durante la infancia y la adolescencia se fundamenta en que durante ese tiempo se producen importantes cambios en la morfología y talla del ser humano, que están influidos de manera indiscutible por la alimentación y la nutrición.

Un objetivo fundamental es buscar una adecuada capacidad de autorregulación alimentaria, que permita hacer frente a las verdaderas necesidades nutricias, diferenciándolas de aquellas otras necesidades secundarias originadas por influencias sociales, como: modas, publicidad, hábitos, etc. (Delgado, Gutiérrez & Castillo, 1997). No obstante, la alimentación en el ser humano ha dejado de ser la respuesta a una mera necesidad instintiva, para convertirse en una respuesta altamente condicionada.

A continuación se enumeran los distintos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente, los distintos significados que se les pueden atribuir (Baas,

Wakefield & Kolasa, 1979, cit. en Vázquez, 1997), siendo evidente que la alimentación no sólo se realiza por la necesidad de nutrirse.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Por tanto, en los hábitos alimentarios del púber y adolescente se deben tener en cuenta las siguientes premisas (Delgado *et al.*, 1997):

- ❖ Adecuar satisfactoriamente las necesidades energéticas al gasto que se realiza, considerando que es una etapa en la que se aumenta el peso corporal y en la que el nivel de actividad física llega a ser importante, en particular cuando el adolescente se implica de manera regular en la práctica de algún deporte.

- ❖ Impedir que la amplia variedad de alimentos introducidos en la dieta de la persona en fases anteriores se reduzca.
- ❖ Evitar la adopción de modas inadecuadas, conducta que puede ser típica en estas edades por identificación personal y deseos de aceptación dentro de un grupo social. La búsqueda de respuestas fuera de la casa lleva al adolescente a realizar comportamientos que caracterizan al grupo al que pertenece.
- ❖ Informar sobre los efectos que hábitos alimentarios incorrectos pueden tener sobre la salud a corto y largo plazo. No obstante, esta información no puede conllevar a una imposición de la dieta al púber o adolescente, sino que debe ser una decisión propia del interesado la que lo lleve a adoptar una dieta saludable.
- ❖ Ayudar, con los medios posibles, en la prevención y tratamiento de conductas alimentarias patológicas como la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

De hecho, en esta fase del desarrollo se entra en un periodo en el que la alimentación puede representar grandes conflictos personales para el adolescente, dados los grandes cambios a los que se enfrenta el niño-hombre o niña-mujer. Llegada la pubertad, que como es sabido va unos dos años por delante en la mujer que en el hombre, los adolescentes se ven sometidos a una multitud de modificaciones a todos los niveles. Éstas pueden derivar en una aceptación o en un rechazo de la "nueva imagen creada", con la siguiente repercusión a nivel psicológico en la persona. Cuando la actitud es negativa se pueden producir trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, que son altamente problemáticos. La primera se caracteriza por un rechazo casi absoluto de la comida; mientras que en la segunda se producen de manera compulsiva ingestiones masivas de comida que son seguidas de conductas compensatorias (Delgado *et al.*).

1.1. La alimentación del deportista

En la actualidad hay gran interés por conocer la relación que existe entre la alimentación, los deportes y la salud física. Nutriólogos, médicos y entrenadores

empiezan a estudiar las consecuencias nutricionales de los diversos tipos de actividad física relacionada con algunos deportes.

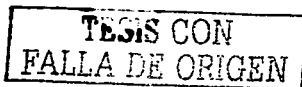
La adecuada alimentación de los deportista es uno de los factores más importantes para la conservación de la salud, el incremento en la capacidad de entrenamiento y el logro de buenos resultados deportivos. El nivel calórico del alimento debe cubrir por completo los gastos energéticos de los deportistas, los cuales dependen de las particularidades individuales -sexo, edad, talla-, del nivel de los procesos metabólicos y de las características de la actividad deportiva.

En cuanto a la alimentación de los deportistas, debemos dejar clara la importancia de ingerir determinada cantidad de calorías por kilogramo de peso al día, las que variarán según el tipo de deporte que se realiza -como se muestra en la Tabla 1-, para así prevenir una baja de peso por la pérdida de grasa corporal y disminución de la masa magra que puedan conducir a estados de malnutrición. Por tanto, es indispensable conocer la importancia que reviste el consumo de alimentos adecuados al deporte y al deportista, para con ello tener mayores posibilidades de éxito.

| Disciplina deportiva | Proteínas | Grasas | Carbohidratos | Calorías (Kcal por kg) |
|---|-----------|-----------|---------------|------------------------|
| Carrera de distancias cortas y medias, salios y lanzamientos. | 2.4 - 2.5 | 1.7 - 1.8 | 9.5 - 10 | 65 - 70 |
| Carreras de distancias largas y marcha. | 2.0 - 2.3 | 2.0 - 2.1 | 10 - 11.5 | 70 - 76 |
| Polo acuático y Natación. | 2.1 - 2.3 | 2.0 - 2.1 | 9.5 - 10 | 65 - 70 |
| Levantamiento de pesas. | 2.4 - 2.5 | 2.0 - 2.3 | 10 - 11 | 70 - 75 |
| Lucha y Boxeo. | 2.4 - 2.5 | 2.0 - 2.1 | 9.0 - 10 | 65 - 70 |
| Remo. | 2.1 - 2.3 | 2.0 - 2.1 | 10.5 - 11.5 | 70 - 76 |
| Fútbol y Hockey | 2.3 - 2.4 | 1.8 - 1.9 | 9.0 - 10 | 63 - 67 |
| Baloncesto y voleibol | 2.1 - 2.3 | 1.7 - 1.8 | 9.0 - 10 | 62 - 65 |
| Ciclismo en velódromo | 2.1 - 2.3 | 1.9 - 2.0 | 10 - 11 | 67 - 73 |
| Ciclismo en carretera | 2.4 - 2.5 | 2.3 - 2.4 | 11.2 - 11.3 | 80 - 87 |

Tabla 1. Contenido nutricional de porciones alimenticias diarias acuerdo a la actividad deportiva desarrollada (Laplev & Minj, 1987).

A este respecto, Castelli y Meillon (1982) consideran que una dieta equilibrada en los deportistas es aquélla que se compone de 55% de hidratos de carbono, 30% de lípidos y 15% de proteínas. Sin embargo, mencionan la existencia de otros componentes necesarios en la alimentación como son:



- ❖ Los **glúcidos** (hidratos de carbono) los cuales se pueden encontrar en los cereales (pan, arroz, pasta), verduras (papa), frutas, miel, azúcar y legumbres (frijoles y lentejas).
- ❖ Las **proteínas** se encuentran presentes en diversas funciones que van desde la formación de la materia contráctil del músculo, hasta la constitución de ciertas hormonas, enzimas y anticuerpos. Proviene fundamentalmente de alimentos de origen animal, y si bien algunos alimentos vegetales también los proporcionan, es con mucho menor valor biológico (legumbres, cereales, pan). Se encuentran en la carne, hígado, pollo, pescado y huevo.
- ❖ Los **lípidos** se encuentran en la mantequilla, nata, manteca, aceite de oliva, nueces y almendras. De acuerdo a lo propuesto, en una dieta equilibrada para el deportista, el 30% estará compuesto de lípidos y de éstos el 50% se obtendrá de los alimentos (carne, leche, huevo, queso, etc.) y el otro 50% de los denominados condimentos.
- ❖ Las **grasas** son un componente imprescindible y se recomienda consumir de 1.5 a 2.4 gr. por cada kilogramo de peso corporal. Sin embargo, la grasa de origen vegetal se sugiere a los deportistas que realizan entrenamientos prolongados.
- ❖ Los **carbohidratos** también son importantes para la alimentación de los deportistas. La norma diaria es de 8.3 a 13.3 gr. por cada kilogramo de peso corporal.
- ❖ Las **vitaminas** deben estar presentes obligatoriamente y en cantidades adecuadas. Éstas vitaminas se encuentran en las verduras, frutas, carne, entre otras.
- ❖ Durante el entrenamiento deportivo aumenta la necesidad del organismo por sustancias **minerales**. Para el deportista las normas diarias son: 1200 gr. de calcio, 1800 mg. de fósforo y hasta 20 mg. de hierro.

- ❖ Una de las reglas nutricionales generales que es preciso aplicar para mantener la salud de los atletas, es el adecuado suministro de **líquidos**. El cuerpo utiliza el agua para eliminar el exceso de calor mediante la evaporación del sudor. Si no se la repone, puede sobrevenir la deshidratación, aumento de la temperatura corporal y posiblemente un "golpe" de calor. Además, el rendimiento se deteriora luego de haberse perdido un 3% del agua total (Anderson, Dibble, Turkki, Mitchell & Rynbergen, 1986).

2. EL DEPORTE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

2.1. Breve historia del deporte

El ejercicio físico, en la acepción moderna de la expresión, tuvo su mayor desarrollo en los pueblos orientales y en las primeras civilizaciones del Mediterráneo. Fueron los griegos, cultores de un armónico equilibrio entre la vida del espíritu y la belleza física, quienes le dieron por primera vez una trascendencia cívica y social, al ligarlos estrechamente a la vida religiosa y a las actividades de los municipios, creando centros deportivos de proporciones gigantescas compuestos por edificios, palestras de ejercicios, salas de hidroterapia y piscinas en donde se realizaban los torneos atléticos, además de ser lugar de reunión de los hombres más eminentes de la ciudad (Reyes, 1983a).

En honor a Zeus se instituyeron los primeros Juegos Olímpicos, los cuales a partir del año 776 de nuestra era se desarrollaron sin interrupción cada cuatro años durante doce siglos, y en su transcurso cesaban las guerras, quedaban libres los caminos y se decretaba la tregua de Olimpia, la que nadie se atrevía a quebrantar. En estos juegos había templos célebres, altares, un estadio en cuyas gradas podrían acomodarse 45,000 personas y un hipódromo. Grecia entera se reunía allí y sus más valerosos atletas se enfrentaban, al principio, durante sólo un día que consistía en carreras a pie. Más tarde el programa se amplió a cinco días: el primero se dedicaba a homenajes, sacrificios, procesiones y otras ceremonias; seguían tres de juegos y en el último se hacía la proclamación de los vencedores, que como premio sólo recibían palmas y coronas de olivo. Finalmente se celebraba una solemne procesión y después un banquete en el Pritaneo, mientras salían mensajeros a todo el país para propagar los nombres y las hazañas de los atletas victoriosos (Cumbre, 1985). En aquella época, el galardón más preciado en Grecia era lograr un triunfo olímpico y ofrecerlo a una ciudad o pueblo, que erigía en su honor una estatua del hijo predilecto, lo liberaban de impuestos y le reservaban un lugar destacado en los actos públicos (Navarro, 1988).

Los antiguos Juegos Olímpicos abarcaban los seis órdenes de competencia siguientes:

1. *Dromos*: Diversas carreras a pie.
2. *Hoplitodromos*: Carreras a pie en que los participantes llevaban vestidos y armas de guerra.
3. *Palé*: Luchas a mano libre.
4. *Pygmé*: También conocido como pugilato.
5. *Pankration*: Conocido como lucha libre.
6. *Pentathlon*: Que comprendía pruebas de salto, carrera, pugilato y lanzamiento de disco y de jabalina.

Los Juegos Olímpicos, que comenzaron siendo una ceremonia nacional y religiosa de nobles perfiles, decayeron durante la dominación romana y se transformaron en espectáculos circenses que sólo congregaban a profesionales del deporte. Prohibidos por el emperador Teodosio a finales del siglo IV de la Era Cristiana, permanecieron olvidados durante más de quinientos años. El culto del músculo decayó, pero el espíritu de competencia resurgió bajo nuevas formas en la celebración de justas y torneos (Reyes, 1983b).

Aunque durante la Edad Media el deporte sufrió un descrédito general, en la época del Renacimiento surgió el juego de pelota y con él un deporte llamado *sou/e*, en el que se ha querido ver un antecedente del fútbol soccer. Al estallar la Revolución Francesa, mientras Pestalozzi se esforzaba por restaurar la práctica de la gimnasia en los cursos escolares, sólo subsistía en Francia una docena de frontones de pelota. Posteriormente, los alemanes y los suecos lograron -en la primera mitad del siglo XIX- que ciertas pruebas atléticas recuperaran su prestigio perdido. Al mismo tiempo, los ingleses adoptaron y crearon gran número de deportes que hoy se practican en todo el mundo, ya que para 1829 adquirían "cartas de ciudadanía" el boxeo, el rugby y el fútbol, entre otros (Navarro, 1988).

A pesar de los muchos años en que los Juegos Olímpicos fueron olvidados, la idea originaria permanecía en pie. Colocar la fuerza y la destreza al servicio del espíritu, educar a la juventud por medio del deporte y unir a los pueblos en competencia, eran ideales que permanecían vigentes.

Con este clima propicio para la resurrección de la idea helénica del deporte, un joven educador francés, el Barón Pedro de Coubertin logró efectuar la primer Olimpiada en la que un grupo de atletas proveniente de nueve naciones se congregó en Atenas, y así se iniciaron las olimpiadas que periódicamente llaman la atención del mundo. Desde entonces, el deporte no ha hecho sino extenderse y arraigarse, llegando a constituir uno de los grandes fenómenos sociológicos de nuestro tiempo (Dominguez, 1984).

Hoy son muchas las personas que esperan con ansia estas justas deportivas, ya que como espectáculo se convierte en uno de los mayores aglutinadores de masas y llega a representar un importante sector económico que moviliza todo un mercado de consumo. Esto se debe a que el deporte va ocupando en la vida social un lugar cuya importancia crece cada día, tanto por el número de sus adeptos, como por el interés de las multitudes en las competencias deportivas. Actualmente el deporte se ha convertido en un elemento esencial de la cultura humana, un factor de salud individual y colectiva, de tal significado que el dinamismo y las virtudes de un pueblo pueden valuarse con sorprendente exactitud por el éxito de sus campeones en las competencias internacionales (Cumbre, 1985).

2.2. Tipos de deporte

La vida moderna no se comprende sin el deporte, el cual ha hecho que en todos los países se hayan creado instituciones y organismos tendientes a estrechar los "lazos de amistad" entre los jóvenes deportistas y personas en general. De igual manera, ha sido indispensable considerar las diversas especialidades deportivas oficialmente declaradas, de manera que puedan ser agrupadas con base a ciertas características o perspectivas (Ribeiro, 1970; Riera, 1985).

Durant (1976) clasifica las disciplinas deportivas en cuatro categorías, tomando como criterio: la situación del jugador, la forma de actividad y el marco donde ésta se desarrolla. Tales categorías son las siguientes:

- * *DEPORTES INDIVIDUALES*
- * *DEPORTES COLECTIVOS*
- * *DEPORTES DE COMBATE*
- * *DEPORTES AL AIRE LIBRE*

Los **DEPORTES INDIVIDUALES** se caracterizan por el hecho de poner al ejercitante sólo frente al obstáculo que ha de vencer (aparato, elemento o adversario). Slim (1976) complementa esta definición diciendo que en ellos se aplican las posibilidades físicas del sujeto hasta el límite, tratando de alcanzar ciertas marcas, medidas en espacio (lanzamientos) y tiempo (carreras de velocidad), dentro de unas normas convencionales. Entre estos deportes individuales se pueden mencionar:

Atletismo: Es una actividad deportiva que comprende ejercicios destinados al desarrollo de la fuerza y de la agilidad. El atletismo está formado por carreras de velocidad y de obstáculos, diversos lanzamientos (disco, bala, martillo y jabalina) y variadas formas de salto (de altura, triple, con garrocha).

Natación: Abarca un conjunto de movimientos y actitudes merced a los cuales el cuerpo humano flota en el agua. Los dos factores que intervienen en la natación son la flotación y la propulsión. La flotación consiste en la aptitud de la persona para mantenerse en el agua sin sumergirse, conservando la cabeza sobre la superficie del líquido para poder respirar libremente; mientras que la propulsión se logra mediante movimientos adecuados para que el cuerpo pueda trasladarse de un lugar a otro.

Gimnasia con aparatos: Es una actividad compleja que implica, además de los aparatos (barra fija, paralelas, caballo en sus dos clases y anillas), ejercicios llamados de "manos libres", es decir, sin aparatos y también ejercicios de conjunto y/o colectivos.

Halterofilia: Es un deporte cuya finalidad consiste en determinar qué persona puede levantar mayor peso que los demás y se divide en categorías según el peso corporal.

Ciclismo: No es un deporte mecánico, ya que la bicicleta es un objeto impulsado por el hombre y no una máquina productora de energía. Las competencias se verifican en pista cerrada (o circuito) y en carretera. Las primeras se basan principalmente en velocidad y las segundas en resistencia.

Tenis de mesa o ping-pong: Es un juego que ha alcanzado gran desarrollo debido a que no requiere un espacio especial y sus reglas son sencillas. Se practica sobre un tablero que se alza a 75 centímetros del piso y tiene 1.55 metros de ancho por 2.75 metros de largo.

En los **DEPORTES COLECTIVOS** la situación psicológica del jugador se caracteriza por la necesidad de integrarse en un acción de grupo. En todos ellos se encuentran puntos comunes: oposición de dos equipos, interés centrado en un balón que se debe arrebatarse a los adversarios y llevar a un lugar determinado, así como reglas precisas de acción sancionadas por la presencia en el terreno de un árbitro que interviene de manera directa en el juego. Algunos de ellos son:

Básquetbol: Deporte que se practica entre dos equipos de cinco jugadores cada uno, y cuyo objetivo consiste en lanzar una pelota e introducirla dentro de un cesto o bolsa de red -con fondo abierto- a una cierta altura. Está clasificado entre los deportes más completos por su saludable influencia en el desarrollo físico y el ejercicio visual.

Fútbol: Deporte que se practica entre dos equipos -con once hombres cada uno-, que se disputan una pelota con objeto de llevarla al campo contrario hasta introducirla en la meta o portería enemiga; cada vez que esto ocurre se produce un gol.

Balonmano: Se juega bajo techo, entre dos equipos de siete jugadores cada uno. Los jugadores pueden tomar la bola con las manos, detenerla, lanzarla, botarla, pegarle con las manos, brazos, cabeza, pecho, espalda, caderas y rodillas.

Rugby: Es una variedad del fútbol que se practica entre equipos de quince jugadores cada uno. Para anotar un tanto se debe apoyar la pelota en una zona llamada *in-goal*, situada detrás de ambas metas; el bando que logra esta preciada conquista, llamada *try*, gana tres puntos, que se convierten en cinco si uno de sus jugadores logra marcar un *goal* enviando la pelota por encima del travesaño con un puntapié certero.

En los **DEPORTES DE COMBATE** las técnicas son diversas, pero todas permiten la confrontación entre dos hombres de manera más o menos directa. Dentro de éstos se encuentran los siguientes:

Lucha: Pelea entre dos personas, en que se trata de derribar al adversario por medio de llaves en las que la fuerza muscular desempeña un papel importante. La lucha libre permite llaves por debajo de la cintura, mientras que la grecorromana las prohíbe.

Boxeo: Es un deporte en el que se golpea con los puños a un adversario y se trata de esquivar los ataques de este último. La duración de las peleas se establecen por medio de *raunds* o asaltos de tres minutos cada uno. El boxeo inglés emplea los puños, mientras que el francés, más completo y también más eficaz como medio de defensa, emplea también las patadas.

Judo: El fin de este deporte es arrojar de espaldas al oponente, mantenerlo en el piso durante 30 segundos u obligarlo a la sumisión. El judo emplea ciertas llaves en las que la destreza y la rapidez importan más que la fuerza muscular.

Esgrima: Deporte basado en el correcto manejo de las armas blancas, en especial el florete, la espada y el sable. Los contendientes llevan la cara cubierta con una trama metálica y el pecho con un peto protector. Este deporte requiere reacciones o reflejos

muy rápidos, gran agilidad y soltura de movimientos, serenidad y equilibrio perfecto, así como una desarrollada fuerza muscular.

No obstante que muchos de los deportes que acabamos de nombrar se desarrollan **AL AIRE LIBRE**, y por lo tanto, cabe preguntarse el motivo de esta categoría especial. La razón estriba en que las actividades encuadradas en este grupo se desenvuelven más o menos en plena naturaleza, mientras que un estadio es un medio artificial. La diferencia principal radica sobre todo en que aquí las dificultades a vencer, las oposiciones que se encuentran, son precisamente los elementos naturales: montaña, nieve, agua y viento. Estos deportes al aire libre son:

Alpinismo: Se refiere al escalamiento de montañas, aunque al intenso y saludable ejercicio físico que supone este deporte, se une la emoción del peligro y el goce contemplativo del paisaje.

Escalada: Es un deporte muy peculiar en el que se trata de trepar por muros rocosos sirviéndose del menor equipo posible. Los escaladores llevan cuerda, pero sólo como salvavidas, no como ayuda en la ascensión.

Espeleología: La exploración de cavernas y fosas verticales es fascinante y riesgosa. Los espeólogos utilizan cascos con lámparas al frente para tener libertad de movimientos al explorar cámaras y pasadizos subterráneos. Durante esta exploración hay que arrastrarse por túneles, librar grietas y descender por paredes rocosas.

Esquí: Es una especie de patín largo de madera que sirve para deslizarse sobre la nieve por un terreno en declive. Un par de estos bastones, sujetos a las muñecas del esquiador por correas en forma de pulsera, son indispensables como apoyo en los ascensos y para explorar el terreno; luego sirven para dar el impulso necesario al comenzar el descenso.

Navegación a vela: El viento es el combustible de los veleros y la labor principal de las tripulaciones es sacar el mejor provecho de él. La dirección del viento cambia constantemente y ello obliga a maniobrar con las velas y el timón.

2.3. El deporte en la infancia y adolescencia

Etimológicamente, la palabra *deporte* deriva del griego *disporte* que significa, sustraerse al trabajo; esta derivación implica que el deporte es diversión, no tarea pesada. Gulick, líder norteamericano de los deportes y educación física en los comienzos del siglo XX, dijo que la única diferencia entre trabajo y juego reside en la actitud que se adopta. El deporte puede definirse como un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por el placer y recreación de la actividad misma y practicado de acuerdo con formas tradicionales o un conjunto de reglamentaciones; puede o no ser competitivo, aunque esta condición parece añadirle interés e introduce incentivos y motivaciones adicionales que aumentan la valoración de su práctica (Lawther, 1987).

El juego y los deportes ocupan gran parte de los primeros años del niño y persisten como experiencias y oportunidades para el desarrollo de sus habilidades, ya que el niño manipula objetos, camina, corre, trepa, golpea, lanza, pateo, hace equilibrios, salta, agarra, etc. En otras palabras, un ambiente poblado de objetos estimulantes promueve un desarrollo más rápido del potencial físico e intelectual del niño.

Tradicionalmente se conoce con el nombre de iniciación deportiva al periodo en el que el niño empieza a aprender -de forma específica- la práctica de uno o varios deportes; siendo diferentes las funciones hacia las que se puede orientar la iniciación deportiva (Blázquez, 1986, cit. en Molnar & Brazeiro, 2001), como por ejemplo:

a) **El deporte recreativo.** Aquél que es practicado por placer y diversión, sin ninguna intención de competir o superar a un adversario, únicamente por disfrute o goce.

b) **El deporte competitivo.** Aquél que es practicado con la intención de vencer a un adversario o superarse uno mismo.

c) **El deporte educativo.** Cuya pretensión fundamental es colaborar al desarrollo armónico al potenciar los valores del individuo.

d) **El deporte salud.** Cuyo objetivo fundamental es colaborar al desarrollo de una mejor calidad de vida, a través de la promoción de la salud.

En la etapa infantil el deporte es sumamente importante, ya que lleva consigo una serie de finalidades como son:

- ❖ **Ampliación de habilidades motrices.** El deporte permite y pretende que los niños que se inician en una o varias prácticas deportivas consigan un amplio dominio del conjunto de habilidades y destrezas motrices que propicien las actividades elegidas. Ejemplo de ello es la investigación realizada por Gutteridge (1939, cit. en Lawther, 1987) en la que estudió a 2000 niños cuyas edades oscilaban entre los 2 y los 7 años; los observó en sus actividades libres y juegos, encontrando que la mayoría de los niños alrededor de los siete años habían adquirido elevada habilidad para trepar, saltar, deslizarse, andar en triciclo, saltar sobre un pie y galopar.
- ❖ **Perfeccionamiento y progreso de la ejecución.** Las exigencias, voluntariamente aceptadas por los niños, llevan a que constantemente flote en el ambiente una idea de progreso en la perfección individual y colectiva. La búsqueda de la superación deportiva constituye una de las pretensiones del practicante, y consecuentemente, constituye una de las finalidades de la iniciación en el deporte.
- ❖ **Disposición para el rendimiento.** La idea de ser más productivo, útil o de buscar el máximo nivel personal es compatible con la de destacar y competir con los demás abrigando esperanzas de triunfo. Ésta puede ser una de las posibles opciones del deporte infantil y juvenil, por tanto, cuando esto sea así, la inclinación hacia la

elección de un deporte es legítima y aceptable, para así poder medirse en lo individual y en lo colectivo.

- ❖ **Favorecer la socialización: cooperación-integración.** La cooperación es una de las principales características del trabajo en grupo. La libertad que plantea el deporte educativo estimula y desarrolla la entrega individual para la obtención de una meta colectiva. La integración se produce cuando el niño es plenamente partícipe y favorecedor de la dinámica del grupo.
- ❖ **Lograr la emancipación y autonomía.** La emancipación supone salir de la sujeción en la que está habitualmente el niño; obviamente, el último valor que encierra la autonomía es la independencia y las situaciones que genera la práctica deportiva exigen y fomentan esta capacidad.

Entre los beneficios físicos que trae consigo la práctica deportiva se encuentran la resistencia del organismo del niño a diversas enfermedades, aparte de que adquieren independencia y sus movimientos se vuelven más precisos, seguros y rápidos. Una educación física ayuda a desarrollar en los niños el pensamiento lógico, la memoria, la iniciativa y la imaginación.

En los adolescentes, el deporte también influye de manera favorable en su desarrollo, sólo que en esta etapa -por los constantes cambios que supone - la situación se percibe y experimenta de manera diferente ya que la estabilidad emocional del joven, el control, el equilibrio y la coherencia adquirida durante los años anteriores quedan conmocionados; en realidad no sabe qué hacer consigo mismo, sus estados de ánimo son cambiantes y su conducta es contradictoria. Pese a esto, algunos autores (Ewing & Seefeldt, 1989) han mencionado que la participación deportiva de los adolescentes alcanza su máximo entre los 10 y los 13 años, a partir de ahí disminuye de forma constante hasta los 18 años.

Generalmente el joven reparte su tiempo en tres bloques: el dedicado al estudio o trabajo, el dedicado a las necesidades fisiológicas y el dedicado a la recreación (Gispert, 1984). Prueba de ello es que en Estados Unidos, se estima que 25 millones de adolescentes participan en programas de actividad física escolar extracurricular, entre los que se incluyen desde el baloncesto y béisbol hasta esquí de montaña (Martens, 1986, cit. en Weinberg & Gould, 1996). Al igual que los niños, los adolescentes practicaban deporte por divertirse, hacer algo para lo que estaban dotados, mejorar sus destrezas, hacer ejercicio y ponerse en forma, estar con amigos, conocer gente y competir.

Entre los trabajos realizados por el Youth Institute (Instituto de la Juventud) de la Universidad de Michigan, Gill (1983, cit. en Bakker, Withing & Brug, 1993), se encuentra uno que identificó algunas de las posibles razones que motivan a los jóvenes a practicar cierto deporte. El autor aplicó un cuestionario a más de 1100 miembros de un campamento de verano de entre 8 y 19 años, que realizaban distintos deportes: baloncesto, lucha, fútbol americano, golf, tenis, béisbol, fútbol, vóleibol, gimnasia, etc. El cuestionario enunció treinta posibles motivos de participación, cuya importancia cada sujeto debía evaluar en una escala de tres puntos. El orden mostrado en los resultados - tanto por las chicas como por los chicos- fue el siguiente: «superarse», «entretenerse» y «adquirir nuevas habilidades motrices», además les gustaban «las pruebas», «los desafíos» y «estar en buena forma física». Las razones que consideraron menos importantes fueron «gastar energía», «relajarse», «viajar» y «satisfacer a padres y amigos».

Aunque la mayor parte de jóvenes dejan el deporte debido al interés en otras actividades, una minoría significativa interrumpe la práctica por razones negativas como: la falta de diversión, el exceso de presión o la antipatía hacia el entrenador. También es importante mencionar que cuando los jóvenes se sienten capaces de llevar a cabo una actividad, desarrollan mayor inclinación a participar. Contrariamente, si no se sienten confiados respecto a la ejecución de las destrezas, tienden a retirarse (Weinberg & Gould, 1996).

Por último se puede decir que el deporte, además de constituir una diversión o una recreación, favorece el desarrollo del sistema muscular, estimula la adquisición y mantenimiento de los reflejos, sirve a la correcta circulación sanguínea y permite al individuo un intercambio humano muy importante para su integración social.

2.4. Aspectos psicológicos del deporte

Es evidente que la actividad física es sumamente recomendable, por lo menos practicada con regularidad y moderación, en cualquier etapa del desarrollo. De hecho, cada época de la vida tiene una serie de actividades físicas especialmente recomendables.

Hay razones psicopedagógicas para hacer recomendable la enseñanza y práctica de actividades deportivas a niños, adolescentes y jóvenes, como son: autocontrol, autodisciplina, seguimiento de instrucciones y reglas, respeto hacia el rival, perseverancia, compañerismo, etc., sin embargo, el deporte no sólo acarrea beneficios a la persona que lo practica, ya que también existen algunos inconvenientes que pueden acentuarse si interactúan con otras características psicológicas o psicosociales del sujeto. Por supuesto, en la lista de inconvenientes y peligros de la actividad física y deportiva para niños y adolescentes, debemos situar en primer plano el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (Toro, 1996).

Cuando el ejercicio, o mejor dicho el deporte, se practica en conjunción con restricciones alimentarias, se observan pérdidas de peso significativas en términos de grasa corporal, por tanto, el deseo de controlar el peso representa un aspecto importante para muchos niños, adolescentes y adultos, sin embargo, esto ha venido dándose cada vez más en deportes que giran alrededor del cuerpo, en los cuales ser delgado es juzgado como un hecho importante, ejemplo de ello es cuando se "construye" un cuerpo como en el caso del fisicoculturismo, atletismo, patinaje de figura, gimnasia, jockey, natación, fútbol, boxeo y lucha; y que por tanto están sujetos a la presión social (American Academy of Pediatrics, 1996).

Por tanto, los deportistas se sitúan en una línea fina entre las actitudes óptimas de competencia y las conductas perjudiciales para la salud (Fulkerson, Keel, Leon & Dorr, 1999). Un estudio con 112 mujeres que practicaban ejercicio físico con regularidad determinó que tal participación se correlacionaba estrechamente con preocupaciones por el peso y la alimentación (Davis, Fox & Coweles, 1990). Otro estudio estadounidense realizado con 100 varones y 91 mujeres que practicaban algún género de actividad física -al menos durante 60 minutos por semana- permite definir algunos factores relevantes. Las mujeres practicaban la actividad física a causa de sus preocupaciones por el peso con mucha más frecuencia que los varones, pero en los dos sexos, la práctica de ejercicio físico por razones de peso, tono muscular y atractivo personal correlacionaba positivamente con los trastornos alimentarios y con la insatisfacción de la imagen corporal (McDonald & Thompsom, 1992).

Ejemplo de ello, es que algunos atletas pueden usar prácticas extremas de pérdida de peso que incluyen: sobreejercitación, ayuno prolongado, autoinducción del vómito, consumo de laxantes, diuréticos, pastillas de dieta, drogas lícitas o ilícitas y uso de saunas y masajes, como lo demuestra el estudio de la American Academy of Pediatrics (1996) ya que de una serie de 171 luchadores de Indiana, el 82% había ayunado por más de 24 horas, el 16% había consumido diuréticos y el 9.4% se habían inducido el vómito al menos una vez a la semana.

Entre los métodos de control de peso más utilizados por los atletas se pueden mencionar los siguientes (Anderson *et al.*, 1986):

- **Diuréticos y laxantes:** Su consumo indiscriminado causa pérdida de líquidos, pudiendo provocar en el deportista una falsa sensación de éxito al pesarse; ya que la pérdida ponderal reflejará disminución de agua y no de tejido adiposo. Esta práctica no sólo entorpece la absorción de nutrimentos, al aumentar el tiempo de tránsito de los alimentos en el tubo digestivo, sino que puede originar desequilibrios hidroelectrolíticos.

- **Agentes anorexígenos:** Se han empleado algunas anfetaminas u otros fármacos para facilitar la pérdida de peso y aunque hacen disminuir el apetito, se ha observado que su eficacia decae a las seis semanas de ingerirlas. Además de que administradas a elevadas dosis, producen efectos colaterales negativos para quien sufre alguna cardiopatía.
- **Regímenes de ayuno:** Durante el ayuno, se consumen agua y otros líquidos no calóricos junto con complementos de vitaminas y minerales. El organismo conserva la glucosa para satisfacer las necesidades metabólicas del cerebro, utilizando los triglicéridos del tejido adiposo y las proteínas de los músculos para cubrir sus necesidades de energía. Durante el ayuno la pérdida ponderal es rápida, alcanzando un promedio de 450 a 1360 gr. al día. Al realizarse estos ayunos de forma desmesurada pueden presentarse episodios de hipoglucemia con pérdida de la conciencia, lo cual entraña graves peligros.
- **Dietas de "fórmula":** Las dietas líquidas, enriquecidas con vitaminas y minerales, se encuentran fácilmente en el mercado. Contienen en promedio 225 calorías por ración de 240 ml. Su ventaja reside en que puede consumirse un número específico de calorías por ración, y su desventaja es la monotonía de una dieta líquida blanda.
- **Ayunos modificados con reducción de proteínas:** Este método de adelgazamiento se basa en la teoría de que basta consumir proteínas para aminorar la pérdida de la masa magra del cuerpo, que se presenta en la inanición total y que obliga al organismo a movilizar la grasa de los tejidos adiposos para producir energía. No obstante, la disminución del peso se debe a la pérdida de agua y de tejido adiposo, no a la masa magra del cuerpo.

Este tipo de prácticas es comúnmente utilizado por los deportistas, los cuales no consideran las consecuencias que esto acarrea, tan es así, que el abuso en la frecuencia de estas conductas puede, en un momento dado, llevarlos a presentar algún tipo de trastorno alimentario debido a que el deseo o la exigencia por un bajo peso se

vuelve cada vez más estricta, pudiendo recurrir a otro tipo de conductas compensatorias inadecuadas como lo son el vómito, el uso de laxantes y diuréticos, los cuales repercuten en la salud del deportista.

3. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEPORTE

En la alimentación -como en otras actividades cotidianas e importantes en la vida de las personas- puede haber desequilibrios, excesos o deficiencias que afectan de manera significativa el proceso de alimentación, con lo cual se corre el riesgo de que se produzca un trastorno alimentario, los cuales son definidos por Raich (1994) como "trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica" (pag. 20).

Estos trastornos alimentarios, de acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) pueden clasificarse en dos tipos: 1) trastornos alimentarios específicos y 2) trastornos alimentarios no especificados (TANE). Los primeros son la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa; mientras que los segundos son síndromes parciales que no cumplen con todos los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

3.1. Anorexia Nerviosa

3.1.1. Criterios diagnósticos

Los métodos de clasificación y diagnóstico de la anorexia nerviosa han variado en las últimas décadas como resultado de la comprensión desarrollada en la psicopatología de este trastorno. Los criterios más usados en la actualidad son los proporcionados en el DSM-IV (APA, 1994) como lo son:

- Negativa a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado; o fracaso en obtener el aumento de

peso esperado durante el periodo de crecimiento, que lleva a un peso corporal inferior al 85% del esperado).

- Intenso temor a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso corporal o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

A su vez existen dos subtipos de Anorexia Nerviosa que pueden presentarse con ausencia o presencia de atracón o purga.

Tipo restrictivo. Durante el periodo de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso excesivo e inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. Por ejemplo, vómito autoinducido o consumo excesivo e inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas.

La anorexia nerviosa es una enfermedad que acarrea serias perturbaciones psicológicas tales como: trastornos de la personalidad, baja autoestima, ansiedad, depresión, poca tolerancia a la frustración (Mancilla *et al.*, 1998), mala adaptación social, distorsión perceptual, estrés, hostilidad, tendencias perfeccionistas y sensación de ineffectividad (Holtz, 1998).

3.1.2. Epidemiología

a) Mujeres

Los trastornos alimentarios se encuentran comúnmente asociados a la población femenina, de ahí que se estime que el riesgo de presentar anorexia nerviosa sea de un 3% (Kendler *et al.*, 1991; Walters & Kendler, 1995). La prevalencia de este tipo de trastornos es alta, ya que entre el 0.2% al 0.8% de la población general la padecen, y entre el 1% y 2% corresponde a mujeres adolescentes. Aunque su inicio es frecuente en la adolescencia y raras veces se inicia antes de la pubertad, algunos datos sugieren que el 5% del total de pacientes anoréxicos han comenzado el trastorno a los 20 años (Kaplan & Sadock, 1994; Steinhausen, Winkler & Meier, 1997).

A este respecto, Crisp, Callender, Halek y Hsu (1992) señalan que en las escuelas privadas aparece un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 jóvenes, mientras que en las escuelas públicas se produce un nuevo caso por cada 300 alumnas, lo que habla de que el nivel socioeconómico es un factor predisponente para el surgimiento de este trastorno como lo mencionaron Toro y Vilardell (1987).

b) Hombres

Estudios recientes han mostrado que si bien es cierta una mayor prevalencia en mujeres, actualmente también se presenta en los hombres (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood & Shapiro, 1994), sin embargo, en ellos resulta un poco más difícil identificarlos debido a problemas metodológicos e incluso de diagnóstico, ya que se señalaba como síntoma patognomónico a la amenorrea, lo que prestó menor atención a la enfermedad en el varón. Se estima que entre el 0.02% y el 10% del total de las anorexias se presentan en varones (De la Serna, 2001; Kaplan & Sadock, 1993; Olivardia *et al.*, 1995).

Sobre esta misma línea, Sharp *et al.* (1994) realizaron un estudio con 24 hombres con anorexia nerviosa y los compararon con un grupo similar femenino. Su estudio confirmó que los hombres presentaron el síndrome clásico de anorexia, pero difirieron en la edad de inicio, no fue de 18.6 años como se predecía sino de 20.2 años. Tienen la misma sintomatología, aunque lo que esencialmente diferencia al varón de las jóvenes es que ellos presentan una gran pasividad, mientras que en ellas aumenta su actividad (Békei, 1984; Georges, 1986). El tiempo promedio de duración de la anorexia nerviosa en las mujeres se calcula entre 4 y 12 años, mientras que en los hombres es de sólo 1 año y medio (Crisp *et al.*, 1992).

3.1.3. Factores de riesgo

La etiología de los trastornos alimentarios ha resultado muy difícil de especificar debido principalmente a su origen multicausal, de ahí que se necesite de una combinación de factores para desencadenar un trastorno alimentario. Más que pensarlos como factores determinantes de un trastorno alimentario es conveniente verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlos. Esto ha llevado a algunos autores a agruparlos -en virtud de sus supuestos funcionales- en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner & Garfinkel, 1985; Polivy & Herman, 1993; Toro & Vilardell, 1987). Un resumen de este diagrama se presentará en la Fig. 1.

3.1.3.1. Factores predisponentes

Cuando hablamos de éstos, estamos diciendo que hay elementos en el contexto sociocultural, en las características individuales del sujeto o en las de su familia, que influyen de tal manera que pueden predisponer el desarrollo de una anorexia nerviosa. Entre éstos se pueden mencionar:

a) Factores Socioculturales

La cultura de la delgadez en la que se sobrevalora la esbeltez para la mujer y el cuerpo musculoso y fuerte para el varón, tiene un papel importante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los trastornos alimentarios. La multiplicación de los medios de comunicación sigue jugando un papel protagónico en la promoción de un modelo corporal. Su influencia es señalada por Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein (1994) en una investigación que realizaron con 238 universitarias, en las que se observó un incremento en su insatisfacción corporal después de la exposición de anuncios que promovían como figura ideal un cuerpo extremadamente delgado.

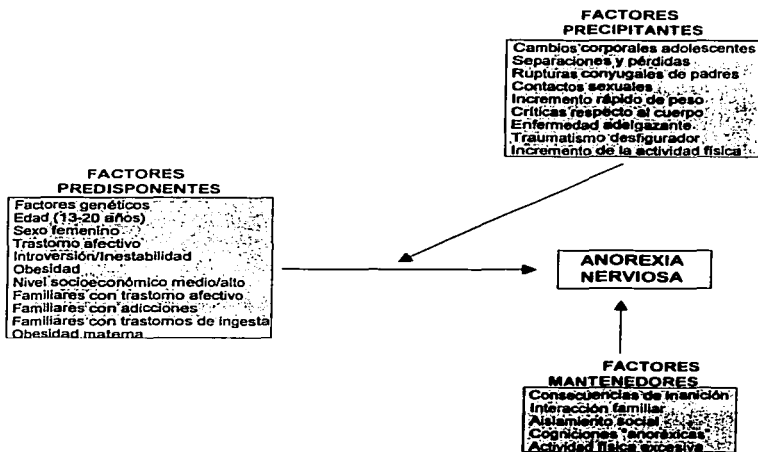


Fig. 1. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la anorexia nerviosa (Toro & Vilardell, 1987).

Este ideal conlleva otros dos problemas ampliamente vinculados con los trastornos alimentarios: la distorsión de la imagen corporal y la realización de dietas irracionales acompañadas de otras conductas alimentarias de riesgo. Lo anterior marca que la cultura de la delgadez y los problemas con la imagen corporal se extienden rápida e interculturalmente, y se producen en toda sociedad moderna independientemente del nivel de desarrollo en el que se encuentre.

b) Factores Individuales

Dentro de éstos se encuentran: baja autoestima, excesiva necesidad de aprobación, incapacidad para expresar sentimientos y excesiva tendencia a controlar todo en sus vidas -especialmente el peso, la figura y la comida-, sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar, temores relacionados a la autonomía y maduración, así como obsesividad, dependencia y timidez (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

c) Factores Familiares

El papel de la familia en este trastorno es sumamente interesante, ya que es sabido que una severa disfunción familiar es un factor predisponente, y en los casos en que esto no es así, puede ser un importante factor mantenedor (Vázquez, 1997).

Aunque resulta complejo diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado. Minuchin, Rosman y Baker (1978) brindaron un modelo de la "Familia Psicossomática", donde se organizan y presentan las características de estas familias, teniendo como sustento empírico la experiencia clínica. Dicho modelo se basa primordialmente en 3 premisas:

1. La vulnerabilidad psicológica del enfermo.

2. El enfermo(a) juega un papel importante en los patrones familiares de evitación del conflicto y ese rol es relevante para el reforzamiento de sus síntomas.
3. Las familias tienen cuatro interacciones características: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y carencia de resolución de conflictos. La combinación y repetición de estas interacciones son características de un sistema familiar que estimula la transformación de los conflictos emocionales en síntomas somáticos.

A este respecto, Crispo *et al.* (1996) complementaron lo anterior con la identificación de ciertas características familiares comunes en las personas que han presentado este trastorno alimentario. Estas características pueden ser la escasa comunicación entre sus miembros, falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa, ausencia de límites generacionales (por ejemplo, jóvenes con papel de madres) y expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos (Vázquez, 1997). Estas familias suelen ser altamente cohesivas y esto al parecer perjudica la individualidad de sus miembros y favorece conductas de sobreprotección y control. Se muestra también mayor rigidez, poniendo en duda la armonía familiar y la solución de conflictos se vuelve una tarea pesada, ya que estas familias parecen evitar o postergar su solución (Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez y Mancilla, 2001).

d) Factores Biológicos

Uno de los primeros en considerar un componente genético para el surgimiento de la anorexia nerviosa fue Theander (1970), tras advertir el incremento de casos en los hermanos/as de anoréxicas. Sin embargo, los estudios familiares no han revelado de modo significativo la presencia de anorexia nerviosa en los padres de las pacientes, por lo que estos datos no aportan fundamentos empíricos a las hipótesis genéticas, ya que su interpretación puede ser absolutamente ambiental. Los resultados arrojados en estudios con gemelos han sido un suplemento para valorar tanto la influencia de factores ambientales como genéticos, de ahí que se estime que la proporción entre gemelos

monocigóticos (33% al 75%) sea mayor que en dicigóticos (0% al 11%), siendo la heredabilidad de anorexia nerviosa de un 76% (Vázquez, 1997).

3.1.3.2. Factores precipitantes

Cuando se hace referencia a estos factores, generalmente se habla de factores externos, que por su carácter observable, permite suponer el inicio del proceso morboso, entre ellos se habla de modificaciones biológicas propias de la pubertad, contactos sexuales o el inicio de ellos y otras situaciones aversivas como el aumento de peso, alguna enfermedad somática y los acontecimientos vitales, los que han demostrado un papel preponderante.

Los acontecimientos vitales se han relacionado con los factores precipitantes de la anorexia nerviosa porque se dice que las anoréxicas están expuestas a repetidas eventualidades en su desarrollo. A este respecto, Mynors-Wallace, Treasure, Chee (1992, cit. en Vázquez, 1997) examinaron la relación entre acontecimientos vitales y anorexia, comparando los registros de anorexia con un comienzo temprano, con un comienzo tardío y crónica, encontrando que un número mayor de casos de comienzo tardío estaban precedidos por eventos estresantes.

Es importante señalar que como sucesos estresantes se pueden considerar una gran cantidad de situaciones como: separaciones, pérdidas, situaciones conflictivas, demandas y expectativas crecientes del entorno que ponen a prueba la autoestima y las posibilidades de enfrentamiento; aunque también el estar en contacto con otras personas que hacen dieta y presentan excesiva insatisfacción con la imagen corporal puede catalogarse como estresante (Cía, 1995).

3.1.3.3. Factores mantenedores

Estando presente el trastorno alimentario aparecen una serie de factores individuales y psicosociales que pueden funcionar como predisponentes y/o

mantenedores del cuadro clínico. Dentro de éstos se pueden citar: la distorsión de la imagen corporal, los efectos negativos del hambre y la emaciación; perturbaciones cognitivas, perceptuales e interpersonales aislamiento social e irritabilidad; déficit en la concentración y labilidad emocional, entre otros (Toro y Vilardell, 1987).

3.2. Bulimia Nerviosa

3.2.1. Criterios diagnósticos

Los criterios que a continuación se refieren son los que actualmente se proporcionan en el DSM-IV (APA, 1994):

- Presencia de atracones recurrentes caracterizados por:
 1. Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (por ejemplo, sensación de no poder cesar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y las siluetas corporales.

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen dos subtipos de bulimia nerviosa, los cuales determinan la presencia o ausencia del uso regular de la purga, con la finalidad de compensar la ingestión de alimento durante el atracón.

Tipo Purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo No Purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

3.2.2. Epidemiología

a) Mujeres

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, aunque se ha encontrado que la edad promedio en el que se establece el acceso bulímico es entre los 16 y 18 años, siendo también la edad en la que se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo (Cooper & Fairburn, 1983; Dalle, De Luca & Olliosi, 1997; Olivardía *et al.*) y estos atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético.

La prevalencia de bulimia nerviosa en adolescentes y mujeres jóvenes es de 1 a 3% (Garfinkel & Woodside, 1995; Tannehaus, 1995), sin embargo, Kendler *et al.* (1991) así como Walters y Kendler (1995) estiman que la presencia de síntomas bulímicos es de un 8% en la población general.

b) Hombres

En relación con la población masculina, se reporta que la ocurrencia es de 1 hombre por cada 10 mujeres con trastorno alimentario (Tannehaus, 1995), y estos datos los corrobora Garfinkel y Woodside (1995) ya que indican que la prevalencia de bulimia nerviosa para los hombres es de 0.1%.

Por su parte, De la Serna (1996) encontró que de 14 varones diagnosticados con anorexia nervosa -desde hace dos años-, los vómitos se presentaban en un 64%, mientras que a un 36% de esta población ya se le detectaba bulimia nerviosa. Por su parte, Olivardia *et al.* valoraron las características de los trastornos alimentarios en un grupo de hombres. Los resultados señalaron que en ellos sólo se presentaron algunos rasgos de insatisfacción corporal, siendo más difícil que se diera un trastorno alimentario propiamente dicho, debido a que la bulimia nerviosa es una patología generalmente oculta, vivida por los pacientes a modo de toxicomanía, y por tanto, con gran resistencia a reconocer su presencia.

Las personas con bulimia nerviosa presentan algunas alteraciones psicológicas características, como: inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades en la adaptación e integración social, impulsividad, conductas autodestructivas, estrés y distorsión perceptual (Cía, 1995; Holtz, 1998).

En un alto porcentaje, la bulimia nerviosa persiste al menos durante varios años, su curso puede ser crónico, intermitente, con pérdidas de remisión que se alternan con atracones.

3.2.3. Factores de riesgo

Al igual que la anorexia nerviosa, a la bulimia nerviosa también se le reconoce un origen multicausal, por tanto, existen algunos factores que pueden influir para su

aparición y los cuales se pueden agrupar en factores precipitantes, predisponentes y mantenedores, los cuales se presentan en la Figura 2 (Cervera, 1996).

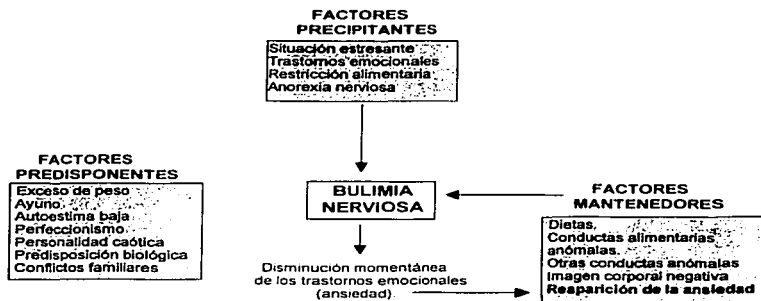


Fig. 2. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la bulimia nerviosa (Cervera, 1996).

3.2.3.1. Factores predisponentes

a) Factores Individuales

Dentro de estos factores se pueden mencionar: las perturbaciones del peso en la infancia o adolescencia, inestabilidad afectiva con humor cambiante, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, ansiedad y afectos negativos, alteración en el contenido y procesamiento de la información, indiferenciación de la identidad sexual, insatisfacción con la autoimagen, hipersensibilidad interpersonal y excesiva competitividad (Crispo *et al.*).

b) Factores Biológicos

Dentro de éstos se pueden mencionar los antecedentes familiares de bulimia nerviosa, obesidad o trastornos del estado de ánimo, predisposición a los trastornos afectivos y dependencia al alcohol u otras sustancias.

c) Factores Familiares

Los factores negativos dentro de la familia desempeñan una función importante en los trastornos del comer. Entre estos factores se encuentran un sistema familiar disfuncional, conflictivo, desvinculado o caótico, con aislamiento emocional y pobre expresión de afectos.

3.2.3.2. Factores precipitantes

Dentro de este grupo se encuentran la sensación de soledad, aburrimiento, rabia y fracasos personales; separación, rechazo, pérdidas, conflictos o el haber sido víctima de maltrato o abuso sexual; interés deportivo no cumplimentado, efectos de la pérdida de peso o el realizar dieta restrictiva.

3.2.3.3. Factores mantenedores

Entre estos factores están: la inestabilidad emocional y dificultades interpersonales, distorsión de la percepción de hambre y de la imagen corporal, estrechez de intereses, fracasos personales o depresión, impulsos agresivos, descontrol y temor a ser descubierto (Cía, 1995).

3.3. Trastornos alimentarios en niños

El comienzo de la pubertad ha sido citado frecuentemente como posible desencadenador de los trastornos alimentarios, sin embargo, en años recientes algunas de las conductas y actitudes de trastorno alimentario se han establecido en niños con edades entre siete y ocho años (Edlund *et al.*, 1996), debido a que en ellos hay una mayor atención con respecto a la comida y todo lo relacionado con ella (Koff y Rierdan, 1993).

Debido a la importancia de los trastornos alimentarios en niños, se ha vuelto cada vez más considerable llevar a cabo una serie de estudios con la intención de obtener más información acerca de su comportamiento y actitudes alimentarias anómalas. Un resumen de estas investigaciones se presenta en la Tabla 2.

| Autores y año | Sujetos | Resultados |
|-----------------------------------|--|--|
| Maloney, <i>et al.</i> (1989). | 318 niños de Estados Unidos (de ambos sexos) con un rango de edad entre los 7 y 13 años. | El 37% de los niños había intentado perder peso, pero al aplicar la versión infantil del EAT, el 6.9% de la muestra reportó sintomatología de anorexia nerviosa. |
| Rolland <i>et al.</i> (1997). | Niños australianos de ambos sexos con una edad de 8 a 12 años. | Los autores encontraron que el 50 % de las niñas y el 33% de los niños informaron del deseo de perder peso, y un 40% de las niñas y 24% de los niños estaba intentando perder peso. |
| Gustafson-Larson y Rhonda (1992). | 457 niños y niñas entre 9 y 11 años que acudían a escuelas rurales de Iowa. | Las niñas expresaron más el deseo de ser delgadas en comparación con los niños (60.3% vs 38.4%). El deseo de tener menos grasa en el cuerpo estuvo asociado con una mayor frecuencia de conductas alimentarias para bajar de peso así como con la preocupación por el peso corporal. |
| Gómez-Peresmitré y Ávila (1998). | 437 niños mexicanos de ambos sexos con una edad promedio de 10.8 años. | Un 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. También se registró que más niñas que niños se saltaban un alimento al día y consumían menos alimentos engordantes tales como: tortillas, pan o frijoles. |
| Kostanski y Gullone (1999). | 431 niños australianos con un rango de edad de 7 a 10 años. | El 76% indicó no practicar ningún tipo de restricción alimentaria, mientras que un 20% mencionó haber hecho dieta durante algún tiempo, un 3% afirmó hacerla siempre y un número pequeño ayunaba durante todo el día. |

Tabla 2. Resumen de los estudios realizados en niños para identificar las actitudes alimentarias anómalas más frecuentes.

Los estudios presentados en dicha tabla muestran algunos de los rasgos más comunes de la sintomatología de trastorno alimentario, como por ejemplo, la adopción y práctica de disparatadas dietas de reducción de peso, tal y como lo muestran Kostanski y Gullone (1999) así como Rolland *et al.* La realización de dietas es justificada por los niños debido a la insatisfacción por su propio cuerpo, así como por el deseo de perder peso, sin embargo en los casos más extremos la restricción alimentaria llega a ser total (todo un día de ayuno), como lo muestran Kostanski y Gullone (1999).

Lo que también es un hecho importante es que estos comportamientos alimentarios anormales se presentan con mayor frecuencia alrededor de los 8-9 años (Kostanski & Gullone, 1999; Maloney *et al.*; Rolland *et al.*) Estos estudios indican el gran deseo que presentan los niños por perder peso debido a la insatisfacción con la propia imagen corporal, incluso, muchos de ellos han intentado perder peso llevando a cabo dietas restrictivas, siendo éste uno de los métodos más comunes utilizados por los niños, aunque presentan el inconveniente de que pueden llegar a convertirse en un hábito y seguirse practicando a pesar de haber alcanzado el peso supuestamente pretendido.

Estos resultados también hablan de que en nuestra cultura, la influencia de modelos estéticos ejerce presión sobre los niños con respecto a sus cuerpos y por tanto, en sus conductas alimentarias. Aquí es importante mencionar las afirmaciones más comunes que dan las niñas que ya han modificado sus dietas para reducir de peso y que como se podrá observar se encuentran mediadas por las influencias socioculturales, tales como: los medios publicitarios, cuestiones familiares y pláticas con los propios amigos. Las ya mencionadas afirmaciones, obtenidas por Hill (1993) son:

1. Todo el mundo lo hace, inclusive mi mamá.
2. Si no me siento satisfecha con mi figura y mi peso corporal, los puedo modificar a través de los alimentos que consumo.
3. La mujer "exitosa y bella" es delgada; las obesas son flojas y están así por culpa suya, pues no son capaces de controlar su forma de comer.
4. El estar gordo daña mi salud y disminuye mis expectativas de vida.

5. No requiero de "prescripción médica" para comenzar mi dieta de reducción, basta con que deje de comprar alimentos "engordantes", de desayunar o cenar y de comer mi refrigerio a la hora del recreo para que baje de peso.

Todas estas ideas son totalmente erróneas, debido a que el éxito profesional no es sinónimo de delgadez. El modificar el cuerpo a través de dietas se puede lograr, siempre y cuando, se trate de una dieta muy bien balanceada para que contenga los nutrimentos necesarios que requiere cada persona, y esto sólo lo puede prescribir un profesional en la materia. Es importante mencionar que ciertamente basta dejar de comer para poder bajar de peso y lograr una figura "supuestamente" aceptable, sin embargo, se deja de lado -con muchísima frecuencia- los riesgos y consecuencias que esto trae a la salud de quien lo practica.

3.4. Trastornos alimentarios en deportistas

El carácter y extensión de los trastornos alimentarios relativos a los deportistas ha recibido un incremento en la atención, de ahí que los trastornos en la ingestión de comida estén muy extendidos entre los deportistas, sobre todo en las mujeres. Muchas personas se implican con gran intensidad en la actividad física para poder controlar su peso y para ello, también recurren a dietas extremas e incluso peligrosas. Si no se les pone freno, estas pautas de conducta pueden dar lugar a afecciones que supongan un riesgo para la vida, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Weinberg & Gould, 1996).

Algunos de los primeros estudios que intentaron estimar la prevalencia de trastornos alimentarios en atletas encontraron 1% de anorexia nerviosa y un 30% de bulimia nerviosa (Rosen, McKeag & Hough, 1988), sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas -incluyendo el procedimiento de muestreo- que se presentaron en este estudio, Sundgot-Borgen (1994) realizó una inspección más rigurosa usando una combinación de autoreportes y entrevistas. Su población fue de 522 mujeres atletas pertenecientes a la Confederación Deportiva de Noruega, indicando que el 1.3%

cubrió los criterios de anorexia nerviosa y el 8% cumplió los de bulimia nerviosa definidos en el DSM-IV.

3.4.1. Importancia de la delgadez

El incremento en el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios entre los deportistas se ha dado por un gran número de factores, como lo sería la presión competitiva, aunque también podría intensificarse por la exigencia hacia las mujeres de estar delgadas y a los hombres de ser musculosos. La posesión de un cuerpo delgado se ha introducido y asentando poco a poco con el concepto de rendimiento. Por tanto, se considera que el cuerpo delgado permite mayor velocidad, flexibilidad y coordinación, pero también más valoración estética, hecho que ha sido cada vez más frecuente en los últimos años (Toro, 1996).

Realmente parecen existir verdaderas profesiones de riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios, de tal manera que Garner y Garfinkel (1983, cit. en Martínez, Medina & Quiroz, 1997) aplicaron el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT) a una población de bailarines y estudiantes de modelaje, comprobando que la anorexia, las preocupaciones relativas al peso corporal y a la alimentación están altamente representadas (6.5% casos de anorexia nerviosa). De igual manera, Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla (2000) evaluaron la presencia de trastorno alimentario en 72 estudiantes de danza, encontrando 16 casos de anorexia nerviosa, 3 casos de bulimia nerviosa y 13 casos de trastorno alimentario no especificado. Lo que es muy común en los deportistas, es que se empeñan en controlar su peso realizando prácticas inadecuadas como las realizadas por los luchadores los cuales emplean un método llamado "cortado de peso" para la pérdida rápida de éste. El proceso incluye la restricción de comida y la depleción de líquidos usando baños turcos, saunas, laxantes y diuréticos (Fernández, 1999).

3.4.2. Deportes de riesgo

Cruz (1991) menciona que en los deportes deberían considerarse los aspectos psicológicos de la alimentación del deportista, sobre todo aquellos en los que existe presión por perder peso corporal o por mantener un peso bajo. Los deportes en los que han surgido estos comportamientos debido a que el peso corporal resulta determinante, ya sea para una buena ejecución, o bien, para una buena presentación se pueden dividir en 4 grupos:

1. Deportes que establecen categorías por peso: boxeo y lucha.
2. Deportes en los que el bajo peso resulta benéfico para el desarrollo de los movimientos (gimnasia) o para mejorar el rendimiento en la competición (remeros y jockeys).
3. Deportes que requieren de una buena presentación (figura delgada y atractiva) ante los jueces: gimnasia –principalmente rítmico-, danza y patinaje artístico.
4. Deportes de resistencia: de fondo, medio fondo y maratón.

a) En el sexo femenino

En lo concerniente al sexo femenino, se han detectado trastornos alimentarios en la totalidad de los deportes, pero sin duda la **gimnasia** es la especialidad de mayor riesgo. Las gimnastas se enfrentan al dilema de estar, a la vez, más fuertes y delgadas que las adolescentes de su edad, y el recurso más utilizado consiste en practicar dietas -que según ellas- son adecuadas para su edad y talla. Estas dietas implican un estricto régimen que se debe seguir durante periodos prolongados de tiempo y requieren, por tanto, una gran disciplina y autocontrol por parte de la deportista, la cual restringe notablemente la elección de alimentos y más adelante, la satisfacción que experimenta

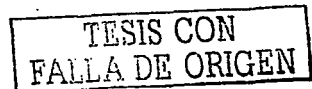
por estar delgada hace que comience una dieta aún más estricta, favoreciendo ésto el inicio del trastorno alimentario (Rubio & Lubin, 1993). En la Tabla 3 se resumen algunos estudios realizados con gimnastas para identificar las medidas más comunes de control de peso utilizadas por ellas.

| Autores y año | Sujetos | Resultados |
|--------------------------------------|---|--|
| Rosen <i>et al.</i> , 1988. | 42 adolescentes gimnastas con un rango de edad de 11 a 15 años. | La mitad restringía su ingestión alimentaria con la intención de mejorar su rendimiento, pero la otra mitad lo hacía con la intención de mejorar su aspecto físico y el 62% practicaba por lo menos una forma patógena de control de peso. |
| Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) | Un grupo de gimnastas con un rango de edad de 17 a 23 años. | El 74% vomitaba más de dos veces por semana, consumían laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o hacían ayunos y una vez alcanzado el peso deseado el 63% se había establecido el objetivo de un nuevo peso, por supuesto inferior |

Tabla 3. Resumen de los estudios realizados en gimnastas para identificar las medidas más comunes de control de peso.

Se puede observar que la mayoría de las gimnastas tienen formas patógenas de control de peso como lo serían el uso de laxantes, diuréticos, vómitos autoinducidos y ayunos, pero lo más grave aún es que a pesar de que alcanzan un peso bajo siguen practicando este tipo de conductas, y aunque algunas lo hacen con la intención de tener un mejor rendimiento deportivo, otras lo realizan sólo por mejorar (supuestamente) su aspecto físico, puesto que las piernas largas, la escasez de senos y las caderas pequeñas parecen ser el estereotipo ideal de toda gimnasta. Lo que es un hecho irrefutable es que la apariencia corporal infantil que tienen las gimnastas, aparte de ser provocada por el estrés físico y competitivo, también se debe sin ninguna duda a la malnutrición a la que se someten.

Otro de los deportes con mayor incidencia de trastorno alimentario es el **atletismo** femenino de medio fondo, por tanto se considera a estas atletas como otro importante grupo de riesgo. Por tal motivo, en la Tabla 4 se proporciona información acerca del comportamiento alimentario de estas deportistas.



| Autores y año | Sujetos | Resultados |
|-------------------------------|---|--|
| Clark, Nelson y Evans (1988). | 93 fondistas pertenecientes a un grupo de élite cuya edad rebasaba los 20 años. | Existencia de una historia de anorexia nerviosa en el 13% de la población. La mayoría presentaba preocupación por su peso e ingerían menos calorías de las necesarias. |
| Rosen <i>et al.</i> , 1986. | 17 jóvenes fondistas. | 8 de ellas utilizaban por lo menos un procedimiento patógeno para adelgazar; de éstas, 5 se provocaban el vómito, 6 tomaban pastillas adelgazantes y 3 abusaban de laxantes. |

Tabla 4. Resumen de los estudios realizados en el atletismo femenino para obtener información sobre su comportamiento alimentario.

En estas atletas también se presentan conductas inapropiadas de reducción de peso como son: el uso inadecuado de laxantes, la autoprovocación del vómito, la ingestión de medicamentos para adelgazar, etc. Pero lo más grave de esto es que la frecuencia con que se llevan a cabo este tipo de conductas es cada vez mayor y que en algunos casos puede desembocar en un trastorno alimentario, específicamente en una anorexia nerviosa, como lo muestra el estudio de Clark *et al.* (1988).

Es importante subrayar que la realización de dietas restrictivas en estas deportistas las predispone a presentar amenorrea, fracturas óseas y otras lesiones, lo más sobresaliente es que la presión a favor del adelgazamiento se encuentra estrechamente relacionada con mejor rendimiento, por lo menos así lo expresaron las fondistas que seguían controlando activamente su peso. Todo esto indica que las exigencias estrictamente deportivas se suman a otras como la de ser mujeres -como factor predisponente-, lo que las hace aún más vulnerables.

Aunque la **natación** no es un deporte que tradicionalmente haya estado asociado a la delgadez o al bajo peso, se han llevado a cabo algunas investigaciones que ponen de manifiesto la existencia de anomalías propias de los trastornos alimentarios. Dumer, Rosen y Heusner (1987) realizaron un estudio con nadadoras de competición cuyas edades oscilaban entre los 9 y 18 años las cuales se percibían con sobrepeso; además el 40% confesó su permanente preocupación por el peso, mientras que el 15% del total y

el 25% de las pospuberales realizaban prácticas inadecuadas para adelgazar. Lo más significativo es que su aspecto físico era el principal motivo para controlar su peso y no su rendimiento.

Estas anomalías podrían explicarse debido a que tanto las mujeres adolescentes y jóvenes sometidas -como todas las mujeres de su edad- a la presión del modelo corporal delgado pasan una gran cantidad de horas en traje de baño. En las competiciones, su cuerpo es observado por un numeroso público, incluyendo -en ocasiones- la multitud sentada ante sus televisores. Aunado a esto, la convivencia constante con sus compañeras en la alberca, en las regaderas y vestidores propicia las comparaciones y el incremento de la autoobservación ansiosa (Toro, 1996).

b) En el sexo masculino

Un hecho sobresaliente es que también el sexo masculino puede presentar un trastorno del comportamiento alimentario asociado con la actividad deportiva, sin embargo, aunque en ellos se da en menor proporción, este tipo de trastornos existen. Los hombres presentan una menor presión social ejercida por un modelo ideal de delgadez, ya que más bien, a ellos se les exige desarrollar su musculatura, aunque esto supone eliminar grasa corporal mediante el ejercicio, no es precisamente por adelgazar, sino para formar y marcar su cuerpo.

De igual manera, parecen existir algunos deportes que para la población masculina resultan de mayor riesgo, por tal motivo, a continuación se presentan algunas investigaciones realizadas en diversos deportes, los cuales arrojan valiosa información sobre el comportamiento alimentario de estos deportistas (Tabla 5).

Como se pudo observar, los varones recurren con frecuencia a conductas inadecuadas de control de peso, sin embargo, en el caso de los fondistas la preocupación por su peso y grasa corporal la combaten con más horas de ejercicio (Yates *et al.*, 1983), mientras que los luchadores y boxeadores recurren a prácticas

características de la bulimia nerviosa como la autoprovocación del vómito, ayunos, diuréticos, laxantes e incluso deshidrataciones extremas, como se observó en el estudio de Steen y Brownell (1990). Lo que hay que considerar es que aunque estos deportistas no presentan un trastorno alimentario especificado, estas prácticas son un indicador de que también en ellos el ideal de delgadez -ya sea por una mejor ejecución de su actividad o por estética- comienza a influir de manera considerable.

| Autores y año | Sujetos | Resultados |
|--|--|--|
| Yates Leehey y Shisstak (1983). | 150 corredores de la entidad de Arizona. | Se puede describir a los fondistas estudiados como preocupados por el peso y la grasa corporal, siguiendo dietas alimentarias muy rígidas e incrementando frecuentemente las distancias a recorrer para compensar lo que ellos consideran excesos alimentarios. Sin embargo, no se ha podido detectar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa propiamente dichas. |
| Steen y Brownell (1990). | Un grupo de boxeadores estudiantes. | Estos deportistas pierden y recuperan importantes cantidades de peso, de 5 a 9 kilos durante la temporada competitiva y los métodos empleados para perder peso suelen ser extremos: ayunos, vómitos, deshidrataciones (saunas y ropa para sudar), laxantes y diuréticos. |
| American Academy of Pediatrics (1996). | 713 luchadores de preparatoria de Wisconsin. | 36% presentaron dos o más comportamientos asociados a la bulimia nerviosa; y de 171 luchadores de Indiana 82% habla ayunado por más de 24 horas, el 16% habla usado diuréticos y el 9.4% se habla inducido el vómito al menos una vez a la semana. |

Tabla 5. Resumen de los estudios realizados en luchadores, boxeadores y fondistas acerca de sus comportamientos alimentarios.

Todo lo anterior indica que en los trastornos alimentarios existen algunos agentes que intervienen para su aparición, sin embargo, destaca un factor ligado a la profesión o actividad, es decir, aquéllas que giran alrededor del cuerpo y por tanto están sujetas a mayor presión social. El incremento en el riesgo de trastorno alimentario entre los deportistas se ha dado por varios factores, añadiendo la presión competitiva y pudiendo intensificarse por las cuestiones socioculturales que presionan tanto a las mujeres a estar delgadas como a los hombres a ser musculosos.

Las investigaciones hasta ahora realizadas han puesto de manifiesto que las mujeres siguen estando aún más predispuestas a desarrollar algún trastorno alimentario, sin embargo, en la actualidad estos trastornos se han extendido a la población masculina e incluso a los niños. Esto último resulta muy importante, ya que cada vez es menor la edad en la que se están presentando los trastornos alimentarios en los niños y esto debido –como uno de los tantos motivos- a las influencias socioculturales, las cuales proponen que tener y conservar una figura delgada es lo más aceptable; pero si a esta presión se le suman factores como la realización de algún deporte, la situación se puede agravar, puesto que existen disciplinas en las cuales el peso o la figura resultan importantes, ya sea para una mejor ejecución o para una mejor presencia.

También se observa que los niños deportistas modifican sus hábitos alimentarios recurriendo a métodos inadecuados de control de peso, sin considerar sus necesidades nutricionales ya que se encuentran en una fase de crecimiento y desarrollo que les impone ingerir determinadas calorías por kilogramo de peso por día, a las que se les deben incrementar las calorías que ameriten según el tipo de deporte que realizan, para así evitar una baja de peso por la pérdida de grasa corporal que conduzca a estados de malnutrición o en los casos más severos un trastorno alimentario. Debido a que las pocas investigaciones hechas en México han demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países, que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como las actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación, se identifican en las primeras etapas de la vida. Por tanto resulta de gran relevancia seguir investigando el comportamiento alimentario de los niños que de manera adicional practican alguna disciplina deportiva para así poder identificar el tipo de alimentación que llevan, los métodos de control de peso más utilizados por ellos así como; las exigencias que el deporte les demanda, etc.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la presencia de trastorno alimentario y su sintomatología en tres grupos de niños con distinto nivel de actividad física: deportistas, activos y sedentarios. Así como conocer el impacto de los modelos estéticos corporales e insatisfacción corporal.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Comparar la presencia de trastorno alimentario y de sintomatología en tres grupos de niños que tienen diferente nivel de actividad física (deportistas, activos y sedentarios).
- Detectar en cuál de las cinco disciplinas deportivas estudiadas –Fútbol americano, Fútbol soccer, Natación, Polo acuático y Tae kwon do- hay mayor ocurrencia de trastorno alimentario y su sintomatología.
- Valorar el impacto de la insatisfacción corporal y de la influencia de modelos estéticos corporales sobre la presencia de trastorno alimentario y su sintomatología.

MÉTODO

Sujetos

Participaron 158 niños varones con un rango de edad de 10 a 14 años. 112 niños pertenecían a instituciones deportivas, los cuales formarían el grupo de *deportistas*, sin embargo como no todos ellos cumplían los criterios para ser considerados deportistas se formó otro grupo denominado *activos*. Considerando las características de éstos dos grupos, se buscó al grupo que fungiría como control, al cual se le denominó *sedentarios* y fue conformado por estudiantes de escuelas primarias y secundarias. Por tanto, el grupo de deportistas quedó integrado por 71 niños, el de activos por 41 niños y el de sedentarios por los 46 niños restantes. Los criterios de inclusión para cada grupo fueron los siguientes:

- 1) **Deportistas:** Practicar deporte mínimo tres horas por sesión, mínimo tres días a la semana, realizarlo por lo menos desde hace seis meses consecutivos y tener un programa de entrenamiento.
- 2) **Activos:** Practicar alguna actividad física mínimo una hora por sesión, máximo dos días a la semana desde hace tres meses por lo menos.
- 3) **Sedentarios:** Que no realicen ningún tipo de práctica deportiva de forma regular, y que no presentaran sintomatología de trastorno alimentario, es decir que no superaran el punto de corte de los cuestionarios EAT y BULIT.

Las características completas de los tres grupos se presentan en la Tabla 6.

| Grupos | N° de participantes | Procedencia | Características del grupo |
|--|---|--|---|
| 1) Deportistas * Fútbol Americano * Polo Acuático * Fútbol Soccer * Tae Kwon Do Edad promedio de 12.52, DE=1.44. | 21 niños 17 niños 16 niños 17 niños <i>Total 71 niños</i> | Unidades Deportivas del Distrito Federal y del Estado de México. | *Practican la actividad con un rango de 4 a 6 días por semana. *Cada sesión era en promedio de 3 horas. *Llevan practicando este deporte como promedio 2 años. *Han asistido a competencias y olimpiadas infantiles y juveniles. |
| 2) Activos * Natación * Polo Acuático * Fútbol Soccer * Tae Kwon Do Edad promedio de 12.46, DE=1.27. | 23 niños 2 niños 11 niños 5 niños <i>Total 41 niños</i> | Unidades Deportivas del Distrito Federal y del Estado de México. | *Practican el deporte desde hace 3 ó 4 meses. *Asisten 2 veces a la semana. * Realizan la actividad 1 ó 2 horas por sesión. |
| 1) Sedentarios Edad promedio de 11.67, DE=1.40. | <i>Total 46 niños</i> | Escuelas públicas y privadas de nivel primaria y secundaria. | *No realizan ninguna actividad deportiva de manera constante. *No superaron el punto de corte de los cuestionarios EAT y BULIT. *Mediante la entrevista de diagnóstico se observó que no presentarían trastorno alimentario. |

Tabla 6. Descripción de los tres grupos participantes

Instrumentos

1. **Hoja de Datos Generales**, creada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala (UNAM), la cual tiene por objetivo obtener información sociodemográfica del niño así como de su familia.

2. **Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)** de Toro, Salamero y Martínez (1994), diseñado con el objetivo de explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez). Consta de 40 preguntas con tres opciones de respuesta, estableciendo como punto de corte ≥ 24 . Lo conforman cinco factores:

* *Factor I Malestar por la imagen corporal:* evalúa la ansiedad al hacer frente a situaciones que ponen en cuestión el cuerpo o la comparación respecto a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor incluye la práctica de dieta restrictiva.

* *Factor II Influencia de la publicidad:* hace referencia a las preguntas que muestran el interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.

* *Factor III Influencia de mensajes verbales:* incluye preguntas relativas al interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento.

* *Factor IV Influencia de modelos sociales:* evalúa el interés que despiertan los cuerpos de actrices, modelos publicitarios y de los transeúntes por la calle.

* *Factor V Influencia de situaciones sociales:* incluye preguntas en donde aparece la presión social subjetiva experimentada en situaciones de comer y la aceptación social atribuida a la delgadez.

Este cuestionario fue validado en mujeres mexicanas por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000) aunque en esta investigación sólo se analizarán los criterios internacionales -punto de corte y estructura factorial- propuestos por Toro *et al.* (1994).

3. Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), que evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios. Consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta, estableciendo como punto de corte ≥ 30 y el cual sugiere tres factores:

* *Factor I Dieta:* Incluye preguntas relacionadas con la evitación de alimentos hipercalóricos y con la preocupación de estar más delgado.

* *Factor II Bulimia y preocupación por la comida:* Refiere a los pensamientos o ansiedad acerca de la comida y a componentes que indican bulimia (sobreingesta y/o conductas compensatorias).

* *Factor III Control Oral:* formado por las preguntas relacionadas al control alimentario y la percepción de presión por parte de otros para ganar peso.

Aunque este cuestionario fue adaptado y validado en mujeres mexicanas por Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmetré (2002), se utilizaran solamente criterios internacionales

4. Test de Bulimia (BULIT) de Smith y Thelen (1984), con el objetivo de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la bulimia nerviosa. Está formado por 36 preguntas con cinco opciones de respuesta, con un punto de corte ≥ 102 y brinda cinco factores:

* *Factor I Sobreingesta:* Incluye preguntas relacionadas con la presencia de episodios de sobreingesta o atracones con base a frecuencia.

* *Factor II Sentimientos posteriores a la sobreingesta:* Refiere a los sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa posteriores al atracón.

* *Factor III Vómito:* relacionado a la autoprovocación del vómito.

* *Factor IV Preferencias alimentarias durante la sobreingesta:* conformado por las preguntas relacionadas con la preferencia por alimentos hipercalóricos durante el atracón.

* *Factor V Fluctuaciones en el peso*: relacionado a las constantes variaciones en el peso corporal.

Este cuestionario también fue adaptado y validado para mujeres mexicanas por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000) aunque en esta investigación se analizarán los factores antes mencionados.

5. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), creado y validado en población estadounidense por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) con el objetivo de explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal, así como identificar la presencia de insatisfacción corporal. Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta; su punto de corte es ≥ 105 y no posee factores.

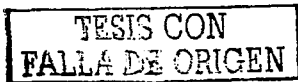
A pesar de que este cuestionario no ha sido validado para población mexicana, ha mostrado ser sensible para discriminar en México, por lo tanto, se utilizará esta versión.

6. Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED) de Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberene (1998), tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios.

Es importante mencionar que todos los cuestionarios fueron adaptados para población masculina por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM- FES Iztacala, debido a que los cuestionarios originales incluyen preguntas orientadas a la población femenina.

Procedimiento

Primeramente se estableció contacto con las instituciones deportivas a las cuales se les presentó el protocolo de investigación y una vez aceptado, se



conformaron grupos de 10 niños para la aplicación de los instrumentos, la cual se llevó a cabo dentro de las instalaciones deportivas.

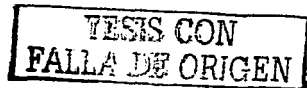
A cada uno de los niños se les repartió un cuadernillo de respuestas correspondiente a los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ y CIMEC, así como una hoja de datos generales. Una vez repartidos los cuadernillos se dieron instrucciones de la forma de contestarlos, indicándoles a los niños que si surgía alguna duda la comentaran para aclararla en ese momento. Las preguntas fueron leídas por el investigador y los niños sólo marcaron la opción que más se adecuaba a ellos.

Dicha aplicación se llevó a cabo en tres sesiones. En la primera de ellas, los niños centraron su atención en contestar la hoja de datos generales así como el EAT y el BULIT. En una segunda sesión respondieron el BSQ y el CIMEC, y finalmente, en la última sesión se realizó de manera individual, la entrevista diagnóstica.

Considerando las características del grupo de deportistas, se buscó un grupo que fungiera como control al cual se le denominó sedentarios. Este grupo fue seleccionado de una muestra comunitaria de aproximadamente 550 niños pertenecientes a instituciones educativas (públicas y privadas) de nivel primaria y secundaria que cumplieron con los criterios requeridos. La recopilación de datos fue similar al otro grupo y con esto se concluyó la recopilación de la información a través de los instrumentos.

Análisis de datos

- ❖ Con base a la entrevista de diagnóstico (IDED) se derivó el número de casos con Trastorno Alimentario No Especificado, realizándose a la vez un análisis cualitativo de las características de éstos.



- ❖ Con la finalidad de detectar en cuál de los tres grupos participantes hay una mayor sintomatología de trastorno alimentario (EAT y BULIT), mayor insatisfacción corporal (BSQ) y mayor interiorización de los modelos estéticos corporales (CIMEC), se presenta el porcentaje de niños que rebasó el punto de corte de estos instrumentos. De igual manera, se realizó un análisis a lo interno del grupo de deportistas y activos, detectando en cuál de las disciplinas deportivas investigadas hay un mayor porcentaje.
- ❖ Posteriormente, se evaluó el efecto de la Sintomatología de Trastorno Alimentario, Insatisfacción Corporal e Interiorización del Modelo Estético Corporal, sobre la variable Nivel de Actividad Física, obteniéndose comparaciones entre los grupos con relación a los factores de las variables analizadas, utilizando para ello un análisis de varianza (ANOVA). Debido a que los grupos no tuvieron el mismo número de participantes, se utilizó una prueba de corrección denominada Sheffé.
- ❖ Finalmente, a partir de la puntuaciones originales se evaluó la relación entre las variables analizadas mediante el análisis de correlación de *Pearson*, en la cual se describieron las asociaciones más significativas teniendo como mínimo un coeficiente de $r = 0.30$. Debido a esta situación los datos completos de dichas asociaciones se presentan en el apartado de anexos.

-

RESULTADOS

• Análisis cualitativo de los casos con trastorno

Con base en la Entrevista de Diagnóstico de los Trastornos Alimentarios (IDED), se encontró que del total de los niños participantes (n= 158), sólo cuatro presentaron un Trastorno Alimentario No Específico (TANE), asociándose principalmente a la bulimia nerviosa y pertenecientes todos ellos al grupo de deportistas. Un resumen de los síntomas más comunes en estos niños se muestran en la Tabla 7.

| Edad en años | Casos | | | |
|--|----------------------------|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 14 | 14 | 14 | 12 |
| Diagnóstico | TANE (Bulimia Nerviosa) | TANE (Bulimia Nerviosa) | TANE (Bulimia Nerviosa) | TANE (Anorexia Nerviosa) |
| Deporte | Fútbol Americano | Polo Acuático | Polo Acuático | Fútbol Soccer |
| Atracción | 1 vez al mes | 1 vez a la semana | 2 ó 3 veces a la semana | 2 veces al mes |
| Laxantes | Si | No | Si | No |
| Dieta Restrictiva | Si | Si | Si | Si (consume supresores de apetito) |
| Ayuno | No | Si | Si | Si |
| Realiza ejercicio para bajar de peso | Si | Si | Si | Si |
| Malestar por la imagen corporal | Si (estómago) | Si (estómago) | Insatisfacción Corporal | Si (peso corporal) |
| Influencia del modelo estético corporal | Publicidad | Publicidad Conversaciones, libros o revistas | Publicidad Conversaciones, libros o revistas | Publicidad Conversaciones, libros o revistas |
| Cuestionarios con punto de corte superado | --- | CIMEC | BSO CIMEC | CIMEC |

Tabla 7. Análisis cualitativo de los casos que presentaron trastorno alimentario.

Tres de los cuatro casos con TANE se presentaron a la edad de 14 años, mientras que el caso restante se dió a los 12 años. Todos estos niños mencionaron hacer dietas restrictivas e inclusive uno de ellos comentó consumir algún tipo de supresor del apetito. La evitación de algún alimento durante el día (ayuno) se presentó en tres de estos niños, mientras que el uso de laxantes fue

60

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

un método utilizado por dos de ellos. También se observó una frecuencia de atracones de 1 vez al mes hasta 3 veces por semana.

El ejercicio fue visto por estos niños como un método de control de peso, además de que todos ellos presentaron un malestar por la imagen corporal, en especial por el estómago y el peso corporal, sin embargo, en uno de los casos se identificó insatisfacción corporal.

Por otra parte es importante mencionar que de estos cuatro casos identificados, dos de ellos pertenecían al Polo acuático, uno al Fútbol soccer y el restante al Fútbol americano, y sólo uno de ellos rebasó el punto de corte del cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT), otro de ellos rebasó el cuestionario de insatisfacción corporal (BSQ), mientras que todos superaron el punto de corte del cuestionario sobre el modelo estético (CIMEC), lo cual resalta la importancia de revisar las propiedades psicométricas de estos cuestionarios en niños.

Finalmente, como se puede observar en la tabla, todo lo antes dicho se encuentra mediado por las influencias socioculturales acerca de la delgadez como son: la publicidad de productos adelgazantes que aparecen en los medios electrónicos de comunicación y en libros, revistas o conversaciones personales.

• Casos que superaron el punto de corte en cada uno de los instrumentos

Como se puede observar en la Tabla 8, el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal fue el que registró el mayor número de casos que rebasaban el punto de corte ($n=29$), siendo más elevada la frecuencia en el grupo de deportistas ($n=20$), lo que indica que este grupo es significativamente más vulnerable a las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez). Sin embargo, un dato relevante es que en este cuestionario, el número de activos que rebasaron el punto de corte fue notablemente superior.

| | SUJETOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE | | | |
|------------------------|---|------------------|----------------|-----------------|
| | EAT \geq 30 | BULIT \geq 102 | BSQ \geq 105 | CIMEC \geq 23 |
| Deportistas (n= 71) | 10 (14%) | 2 (2.8%) | 1 (1.4%) | 20 (28.2%) |
| Activos (n= 41) | 2 (4.9%) | 0 | 0 | 9 (22%) |
| Sedentarios (n= 46) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL (n= 158) | 12 (7.6%) | 2 (1.3%) | 1 (0.6%) | 29 (18.3%) |

Tabla 8. Porcentaje -por grupo- de casos que rebasaron el punto de corte de los instrumentos.

Al evaluar la sintomatología de trastorno alimentario mediante los cuestionarios EAT y BULIT, se aprecia que el primero de ellos es el que obtuvo un mayor número de casos que rebasaban el punto de corte, ubicándose nuevamente en el grupo de deportistas, lo que indica que las características propias de la anorexia nerviosa, se encuentran presentes con mucha mayor frecuencia en este grupo con respecto a los otros dos, mientras que la sintomatología de bulimia nerviosa es menor en los grupos, ya que sólo fue encontrada en dos casos, también en los deportistas.

Por su parte, el cuestionario sobre Imagen Corporal (BSQ) fue el que presentó sólo un caso que superaba su punto de corte -dentro del grupo de deportistas-, lo que indica que la insatisfacción con la imagen corporal es poco frecuente entre los grupos.

Finalmente, es importante mencionar que en el grupo de sedentarios, la ausencia de sintomatología se debió a que era uno de los criterios de inclusión para este grupo, ya que fingiría como grupo control.

♦ Casos que superaron el punto de corte dentro del grupo de deportistas

Para una mejor comprensión de los resultados, se realizó un análisis a lo interno del grupo de **deportistas**. En la Tabla 9 se presentan las disciplinas deportivas que conformaron este grupo, así como el porcentaje que superó el punto de corte en cada uno de los instrumentos.

| | SUJETOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE DENTRO DEL GRUPO DE DEPORTISTAS | | | |
|-----------------------------|---|------------------|----------------|-----------------|
| | EAT \geq 30 | BULIT \geq 102 | BSQ \geq 105 | CIMEC \geq 23 |
| Fútbol Americano (n= 21) | 4 (19%) | 1 (4.8%) | 0 | 4 (19%) |
| Polo Acuático (n= 17) | 1 (5.9%) | 0 | 1 (5.9%) | 6 (35.3%) |
| Fútbol Soccer (n= 16) | 3 (18.7%) | 0 | 0 | 3 (18.7%) |
| Tae Kwon Do (n= 17) | 2 (11.8%) | 1 (5.9%) | 0 | 7 (41.2%) |
| TOTAL (n= 71) | 10 (14.1%) | 2 (2.8%) | 1 (1.4%) | 20 (28.2%) |

Tabla 9. Porcentaje de casos que rebasaron el punto de corte de los cuestionarios utilizados, dentro del grupo de deportistas.

Como se puede observar, el cuestionario sobre el Modelo Estético Corporal fue el que presentó un porcentaje mayor de casos (28.2%), seguido por el cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (14.1%).

Lo que también se observa es una mayor sintomatología de trastorno alimentario -específicamente de anorexia nerviosa- en los niños que practican fútbol americano (4 casos) seguidos de los de fútbol soccer (3 casos), tae kwon do (2 casos) y finalmente, polo acuático con un sólo caso registrado. En tanto que en el cuestionario de bulimia nerviosa (BULIT) sólo se presentaron dos casos: uno en el fútbol americano y otro en el tae kwon do.

La insatisfacción corporal (BSQ) sólo estuvo presente en uno de los niños practicante de polo acuático, mientras que la influencia del modelo estético de delgadez (CIMEC) -el cual fue el que registró el mayor número de casos- tuvo mayor frecuencia en los niños que practican el tae kwon do y el polo acuático (7 y 6 casos respectivamente) que en los de fútbol americano (4 casos) y fútbol soccer (3 casos).

Por lo que los niños practicantes de fútbol americano, soccer y tae kwon do presentaron mayor sintomatología de trastorno alimentario, en tanto que la insatisfacción corporal se presentó únicamente en el polo acuático; mientras que

los niños del tae kwon do y polo acuático mostraron mayor influencia del modelo estético corporal.

♦ **Casos que superan el punto de corte dentro del grupo de activos.**

Al igual que en el grupo de deportistas, el grupo de **activos** también estuvo conformado por niños que realizaban actividades deportivas distintas, por tanto, en la Tabla 10 se mostrará el análisis hecho a lo interno del grupo resaltando los porcentajes obtenidos.

| | SUJETOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE DENTRO DEL GRUPO DE ACTIVOS | | | |
|--------------------------|---|------------------|----------------|-----------------|
| | EAT \geq 30 | BULIT \geq 102 | BSQ \geq 105 | CIMEC \geq 23 |
| Natación (n= 23) | 1 (4.3%) | 0 | 0 | 4 (17.3%) |
| Polo Acuático (n= 2) | 0 | 0 | 0 | 2 (100%) |
| Fútbol Soccer (n= 11) | 0 | 0 | 0 | 2 (18.1%) |
| Tae Kwon Do (n= 5) | 1 (20%) | 0 | 0 | 3 (60%) |
| TOTAL (n= 41) | 2 (4.9%) | 0 | 0 | 11 (26.8%) |

Tabla 10. Porcentaje de casos que rebasaron el punto de corte de los instrumentos dentro del grupo de activos.

Como se puede observar en la tabla precedente, el Cuestionario sobre la Influencia del Modelo Estético Corporal volvió a ser más relevante en el grupo de activos (26.8%) –al igual que el grupo de deportistas–, aunque también el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación estuvo presente en un proporción menor (4.9%). En cuanto al primer cuestionario, la natación fue el deporte que presentó un mayor número de casos que rebasaron el punto de corte (4 casos), seguido por el tae kwon do (3 casos) para finalizar con el polo acuático y fútbol soccer con 2 casos cada uno, sin embargo, en relación a la sintomatología de trastorno alimentario (EAT), sólo se presentaron dos casos. Uno de ellos en la natación y el otro en el tae kwon do.

Finalmente, es importante resaltar que dentro de este grupo de activos, no se presentó sintomatología de bulimia nerviosa (BULIT) ni hubo insatisfacción corporal (BSQ).

♦ **Comparación entre los grupos deportistas, activos y sedentarios a partir de las variables analizadas**

El análisis correspondiente a la comparación entre los grupos de deportistas, activos y sedentarios respecto a los factores del EAT se presentan a continuación en la Tabla 11.

| CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN (EAT) | | | | |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Grupos | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| 1) Deportistas (n= 71) | x= 17.35 E.E= 1.11 | X= 3.82 E.E=0.52 | x= 1,10 E.E= 0.24 | x= 3.94 E.E= 0.43 |
| 2) Activos (n= 41) | x= 17.24 E.E= 1.23 | X= 4.15 E.E= 0.67 | x= 0.73 E.E= 0.21 | x= 2.93 E.E= 0.40 |
| 3) Sedentarios (n=46) | x= 15.35 E.E= 0.93 | X= 3.02 E.E= 0.52 | x= 0.20 E.E= 0.11 | x= 3.52 E.E= 0.38 |
| Valor F | F= 0.94 p= 0.39 | F= 0.88 p= 0.42 | F= 4.72 p= 0.01 | F= 1.41 p= 0.25 |
| Sheffé | | | 1 vs 3 | |
| x= Media | E.E = Error estándar | | | |

Tabla 11. Comparación entre grupos en relación a los factores del EAT por medio del análisis de varianza (ANOVA).

Como se observa, sólo hubo diferencias significativas en el factor *Bulimia* entre el grupo de *deportistas* y el de *sedentarios*, mostrándose a su vez que en los primeros se situaron los promedios más altos, por lo que los episodios de sobreingesta, las conductas compensatorias y la ansiedad por la comida estuvieron significativamente más presentes en el grupo de deportistas. No obstante, este resultado debe tomarse con reservas, debido a que las puntuaciones de los grupos fluctúan mínimamente para este factor.

En la Tabla 12 se expone la comparación entre los tres grupos en relación al Test de bulimia (BULIT).

| CUESTIONARIO DE BULIMIA (BULIT) | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|--|--------------------|--|--------------------------|
| Grupos | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| 1) Deportistas (n=71) | x=65,42 E.E=1,56 | x=20,48 E.E=0,82 | X=21,10 E.E=0,61 | x=4,28 E.E=0,21 | x=5,25 E.E=0,23 | x=4,25 E.E=0,20 |
| 2) Activos (n=41) | x=65,17 E.E=1,89 | x=20,24 E.E=0,83 | X=21,54 E.E=0,60 | x=4,49 E.E=0,34 | x=5,39 E.E=0,30 | x=3,61 E.E=0,18 |
| 3) Sedentarios (n=46) | x=56,33 E.E=1,55 | x=18,52 E.E=0,70 | X=17,52 E.E=0,63 | x=3,65 E.E=0,18 | x=4,15 E.E=0,26 | x=3,48 E.E=0,19 |
| Valor F | F=8,98 p<0,001 | F=1,64 p<0,197 | F=9,56 p<0,001 | F=2,84 p<0,062 | F=6,28 p<0,002 | F=4,89 p<0,009 |
| Shelké | 3 vs 1, 2 | | 3 vs 1, 2 | 2 vs 3 | 3 vs 1, 2 | 1 vs 2, 3 |
| x= Media | E.E = Error estándar | | | | | |

Tabla 12. Comparación entre grupos en relación a los factores del BULIT, utilizando el análisis de varianza (ANOVA).

Como se puede observar, este cuestionario mostró mayor número de diferencias entre los tres grupos. Primeramente, el grupo de **sedentarios** presentó significativamente menor puntuación en el total del BULIT así como en sus factores *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* y *Preferencia alimentarias durante la sobreingesta* que los grupos de deportistas y activos. Esto indica que los síntomas y preocupaciones característicos de la bulimia nerviosa, el malestar o culpa después de un atracón así como la preferencia por alimentos altos en calorías es mayor en los grupos de deportistas y activos en comparación con el grupo de sedentarios.

Además, el grupo de **deportistas** presentó una puntuación significativamente mayor en el factor *Fluctuaciones en el peso* en comparación con los grupos de activos y sedentarios, lo que habla de que el grupo de deportistas es el que presenta mayores variaciones en el peso corporal en comparación con los otros dos grupos.

Mientras tanto, la presencia de **Vómito** fue significativamente mayor en el grupo de **activos** en comparación sólo con el grupo de sedentarios. Sin embargo, es importante hacer notar que pese a que hubo diferencias en los sentimientos posteriores a la sobreingesta así como de algunas preferencias alimentarias durante ésta, no existieron diferencias significativas en la sobreingesta, lo que

podría indicar una *sobreingesta subjetiva*, debido a que los niños creen que se están atracando de comida aunque realmente esto no suceda.

No se presentaron diferencias significativas entre los grupos en relación a la Imagen Corporal y a la Influencia del Modelo Estético. (los resultados estadísticos se presentan en los Anexo 1 y 2, respectivamente).

• **Correlación entre las variables analizadas para cada uno de los grupos participantes**

En la Tabla 13 se presenta un resumen de la relación entre los factores de la variable Actitudes ante la Alimentación (EAT) con la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC) para los tres grupos participantes (ver resultados completos en el Anexo 3). En todos los casos las correlaciones fueron positivas.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | |
|--------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | |
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| 1) Malestar en imagen corporal | | $r = 0.39^*$ | | |
| 2) Inf. de la publicidad | | | $r = 0.31^*$ | |
| 3) Inf. de mensajes verbales | $r = 0.37^*$ | $r = 0.37^*$ | | $r = 0.36^*$ |
| 4) Inf. de modelos sociales | $r = 0.31^*$ | $r = 0.33^*$ | $r = 0.57^{**}$ | |
| CIMEC Total | $r = 0.34^*$ | $r = 0.53^{**}$ | $r = 0.50^{**}$ | |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | |
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Tabla 13. Resumen de correlaciones entre los factores intrínsecos de las variables EAT y CIMEC de los tres grupos.

Dentro de los grupos de *deportistas* y *sedentarios* no existieron correlaciones estadísticamente significativas ≥ 0.30 entre las variables analizadas.

Mientras tanto en el grupo de *activos*, el factor *Dieta* (EAT) mostró correlaciones significativas -tanto débiles como medias- con la puntuación total del CIMEC, así como con todos sus factores a excepción de la Influencia de la



publicidad y de situaciones sociales. El factor *Bulimia* (EAT) mostró correlaciones significativas con la *influencia de la publicidad*, con los *modelos sociales* y con la puntuación total del CIMEC, siendo las dos últimas las que obtuvieron los coeficientes más altos. Estos dos últimos factores también mostraron una asociación significativa con las puntuación total del EAT. De igual manera, la *Influencia de mensajes verbales* (CIMEC) se asoció con la puntuación total del EAT así como con su factor *Control oral*.

Lo anterior indica que en el grupo de activos a medida que aumenta la influencia de los modelos publicitarios así como el interés en los artículos o reportajes sobre el adelgazamiento, incrementa también la práctica de dietas restrictivas, así como los periodos de sobreingesta, conductas compensatorias y mayor percepción de presión por parte de otros para ganar peso. Además, este aumento en la frecuencia de dietas se asocia a un mayor malestar en la imagen corporal.

Las correlaciones estadísticamente significativas entre las variables Actitudes ante la Alimentarias (EAT) y la Insatisfacción Corporal (BSQ) se presentan en la Tabla 14 (ver resultados completos en el anexo 4). En todos los casos las correlaciones fueron positivas.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | EAT Total | Dieta | Bulimia |
| BSQ Total | --- | $r = 0.30^{**}$ | --- |
| GRUPO 2 (Activos) | | | |
| | EAT Total | Dieta | Bulimia |
| BSQ Total | $r = 0.43^{**}$ | $r = 0.58^{**}$ | $R = 0.49^{**}$ |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | |
| | EAT Total | Dieta | Bulimia |
| BSQ Total | --- | $r = 0.46^{**}$ | --- |

**p<0.01

Tabla 14. Resumen de correlaciones de los factores internacionales de las variables EAT y BSQ de los tres grupos.

Dentro del grupo de *deportistas*, así como en el de *sedentarios*, sólo hubo una correlación significativamente débil entre el factor *Dieta* (EAT) con la

puntuación total del BSQ, indicando que a medida que aumenta la práctica de dietas restrictivas, se incrementa también la insatisfacción por el propio cuerpo en estos dos grupos.

Por su parte, en el grupo de **activos**, la correlación entre ambas variables resultó significativa, observándose además que un mayor descontento por la imagen corporal (BSQ) se relacionó con un incremento en la frecuencia de dietas, así como de características propias de la bulimia nerviosa tales como: la sobreingesta y las conductas compensatorias.

En la Tabla 15 se presenta un resumen de las correlaciones encontradas entre las variables Influencia del Modelo Estético Corporal y la Sintomatología de Bulimia Nerviosa para cada uno de los grupos (ver Anexo 5 para tabla completa). En todas las asociaciones que se presentarán, los coeficientes de correlación fueron positivos.

En el grupo de **deportistas**, la puntuación total del BULIT y la *Sobreingesta* correlacionaron de manera significativamente débil con la interiorización del modelo estético corporal (CIMEC) así como con los factores *Malestar por la imagen corporal*, *Influencia de la publicidad* e *Influencia de situaciones sociales*. Mientras tanto, el factor *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, además de asociarse con la puntuación total del CIMEC, con el *malestar* y la *publicidad*, también se asoció con la *Influencia de mensajes verbales*.

Esto indica que al aumentar los periodos de sobreingesta y los sentimientos de culpa después de ella, aumenta a la vez el malestar por la imagen corporal así como la influencia de la publicidad de productos adelgazantes -que aparecen en revistas, libros y conversaciones- y situaciones sociales que promueven la delgadez como sinónimo de aceptación social.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|--|-------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1) Sobreingesta | r = 0.36** | r = 0.36** | r = 0.31** | ----- | ----- | r = 0.40** |
| 2) Sent. posteriores a la sobreingesta | r = 0.35** | r = 0.37** | r = 0.42** | r = 0.33** | ----- | ----- |
| BULIT Total | r = 0.38** | r = 0.36** | r = 0.41** | ----- | ----- | r = 0.34** |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1) Sobreingesta | r = 0.33* | ----- | ----- | ----- | r = 0.35* | ----- |
| 2) Sent. posteriores a la sobreingesta | r = 0.46** | r = 0.41** | ----- | ----- | ----- | ----- |
| 3) Vómito | r = 0.35* | ----- | ----- | ----- | r = 0.49** | ----- |
| 5) Fluctuaciones en el peso | r = 0.41** | ----- | r = 0.32* | ----- | r = 0.44** | ----- |
| BULIT Total | r = 0.53** | r = 0.37* | r = 0.33* | r = 0.31* | r = 0.44** | r = 0.34* |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1) Sobreingesta | r = 0.34* | r = 0.32* | r = 0.44** | ----- | r = 0.34* | r = 0.50** |
| 2) Sent. posteriores a la sobreingesta | ----- | r = 0.35* | r = 0.39** | ----- | ----- | ----- |
| 4) Pref. Alimentarias en la sobreingesta | r = 0.36* | r = 0.38** | r = 0.48** | ----- | ----- | ----- |
| 5) Fluctuaciones en el peso | ----- | ----- | ----- | r = 0.31* | ----- | ----- |
| BULIT Total | r = 0.40** | r = 0.44** | r = 0.57** | ----- | r = 0.31* | r = 0.34* |

*p<0.05 **p<0.01

Tabla 15. Resumen de correlaciones de los factores intencionales de las variables CIMEC y BULIT de los tres grupos

Por su parte, en el grupo de *activos*, la puntuación total del CIMEC mostró una asociación significativa con la puntuación total del BULIT, así como con todos sus factores a excepción del de Preferencias alimentarias durante la sobreingesta. Mientras tanto, la puntuación total del BULIT mostró una asociación significativa con todos los factores del cuestionario sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).

Por su parte, el aumento en la *Influencia de Modelos Sociales* (CIMEC) se correlacionó significativamente con los factores *Sobreingesta*, *Vómito* y *Fluctuaciones en el peso* (BULIT), aunque este último factor tuvo una asociación baja con la *Influencia de la publicidad*. Finalmente, los *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* (BULIT) correlacionaron con el *Malestar por la imagen corporal*

(CIMEC). Todas las correlaciones presentes en este grupo fueron significativamente débiles, a excepción de la correspondiente a las puntuaciones totales de ambos instrumentos, en la que la correlación fue media.

Lo descrito hasta este momento indica que en el grupo de activos, a medida que aumenta la interiorización del modelo estético corporal -promovido por los modelos publicitarios y por las conversaciones acerca del adelgazamiento- se incrementan también algunas características de la bulimia nerviosa como son: la sobreingesta, los sentimientos de culpabilidad, el vómito y las variaciones en el peso corporal.

Dentro del grupo de *sedentarios*, la puntuación total del BULIT y su factor *Sobreingesta* se correlacionaron significativamente con la Influencia del Modelo Estético Corporal, así como con sus factores *Malestar por la imagen corporal*, *Influencia de la publicidad*, *Influencia de los modelos sociales* y *Situaciones sociales*. Mientras tanto, las *Preferencias alimentarias durante la sobreingesta* (BULIT) se asociaron significativamente con la puntuación total del CIMEC y con los factores *Malestar por la imagen corporal* e *Influencia de la publicidad*. Estos dos últimos factores también se asociaron con los *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*. Finalmente, las *Fluctuaciones en el peso* mostraron una correlación baja con la *Influencia de los mensajes verbales*.

Aunque la gran mayoría de las correlaciones fueron débiles, todas ellas expresan que en el grupo de sedentarios, a medida que aumenta el interés por el modelo de delgadez o por los productos adelgazantes que aparecen en cualquier medio publicitario (libros, revistas, radio, televisión, entre otros) se incrementan a su vez los síntomas y preocupaciones característicos de la bulimia nerviosa como son los atracones -prefiriendo alimentos altos en calorías-, los sentimientos de malestar y enojo después de éstos así como las constantes variaciones en el peso corporal.

En la Tabla 16 se presentan las correlaciones más significativas (todas ellas positivas) entre el Modelo Estético Corporal y la Insatisfacción Corporal (ver resultados completos en Anexo 6).

Como se observa en la tabla, el grupo de **deportistas** y **activos** siguen el mismo patrón ya que la puntuación total del BSQ se asoció de manera significativamente media, con la puntuación total del CIMEC, así como con todos sus factores, siendo significativamente más alta en el grupo de deportistas, el *Malestar por la imagen corporal* y la *Influencia de la publicidad* ya que ellos registraron los coeficientes más altos.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|-----------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | r = 0.59** | r = 0.57** | r = 0.63** | r = 0.31** | r = 0.42** | r = 0.46** |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | r = 0.62** | r = 0.41** | r = 0.44* | R = 0.39* | r = 0.48** | r = 0.48** |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | r = 0.47** | r = 0.52** | r = 0.57** | --- | --- | r = 0.51** |

*p<0.05
**p<0.01

Tabla 16. Resumen de correlaciones de los factores internacionales de las variables CIMEC y BSQ de los tres grupos.

En el grupo de **sedentarios** también se correlacionaron significativamente ambas variables, sin embargo, los únicos factores del CIMEC que no se asociaron con el BSQ fueron la *Influencia de mensajes verbales* y de *modelos sociales*, pero a pesar de esto, las correlaciones medias, indican que a medida que se incrementa la interiorización del modelo estético de delgadez -promovidos por los medios masivos de comunicación así como por la sociedad en general-, aumenta también la insatisfacción por el propio cuerpo en estos tres grupos.

En la Tabla 17 se presenta un resumen de la relación entre los factores del BULIT con el BSQ para los tres grupos de participantes, denotando en todos los casos correlaciones positivas débiles y medias (ver resultados completas en el Anexo 7).

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|-----------------|--|--------|--|--------------------------|
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.54^{**}$ | $r = 0.50^{**}$ | $R = 0.45^{**}$ | --- | --- | $r = 0.30^{**}$ |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.57^{**}$ | --- | $R = 0.60^{**}$ | --- | $r = 0.35^{*}$ | $r = 0.51^{**}$ |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.61^{**}$ | $r = 0.52^{**}$ | $R = 0.47^{**}$ | --- | --- | --- |
| * $p < 0.05$ | ** $p < 0.01$ | | | | | |

Tabla 17. Resumen de correlaciones de los factores internacionales de las variables BULIT y BSQ de los tres grupos.

El grupo de *deportistas* y *sedentarios* siguieron casi el mismo patrón, ya que en ambos casos la puntuación total del BSQ se asoció con los factores *Sobreingesta*, *Sentimientos posteriores* y *puntuación total del BULIT*. La única diferencia fue que el grupo de deportistas también mostró una asociación estadísticamente débil con las *Fluctuaciones en el peso* (BULIT).

Por tanto en ambos grupos se indica que a medida que aumentan los episodios de sobreingesta, los sentimientos de culpa o malestar después de ellos, se incrementa la insatisfacción por la propia imagen corporal. Y en el grupo de deportistas también aumentan las fluctuaciones en el peso.

Por su parte, en el grupo de *activos*, la puntuación total del BSQ correlacionó significativamente con la puntuación total del BULIT y con sus factores *Preferencias alimentarias durante la sobreingesta*, *Sentimientos*

posteriores a ella y Fluctuaciones en el peso, situándose en estas dos últimas los estadísticos más altos.

Estas correlaciones indican que a medida que incrementa la insatisfacción corporal, aumentan también los sentimientos de enojo y culpa después de un atracón, así como las variaciones en el peso corporal. Sin embargo es importante mencionar que aunque se presentan sentimientos posteriores a la sobreingesta, ésta no mostró asociación alguna con la insatisfacción corporal.

DISCUSIÓN

El propósito central de este estudio fue identificar la presencia de trastorno alimentario y su sintomatología en tres grupos de niños con distinto nivel de actividad física, de acuerdo con los resultados obtenidos se diagnosticaron 4 casos con Trastorno Alimentario No Específico (TANE), los cuales representan el 2.5% de la muestra total y el 5.6% del grupo de deportistas, en el cual se ubicaron todos los casos. De estos trastornos, tres de ellos estuvieron asociados a la Bulimia Nerviosa (1.9%) y uno de ellos a la Anorexia Nerviosa (0.6%). La frecuencia de los casos con TANE es menor a la referida en muestra comunitaria masculina, donde se ha encontrado un 4% de casos TANE; 2% de bulimia nerviosa y un 0.2% de anorexia nerviosa (Dalle *et al.*; Olivardia *et al.*), y a diferencia de estos datos en el presente estudio no se encontraron casos de Bulimia o Anorexia Nerviosa.

La literatura internacional señala que la incidencia de conductas de riesgo de trastorno alimentario como realizar dietas restrictivas, ayuno –supresión de una comida– e insatisfacción corporal ya están presentes en niños de 7 a 9 años de edad (Edlund *et al.*; Koff & Rierdan, 1993; Kostanski & Gullone, 1999; Maloney *et al.*; Rolland *et al.*). Por lo que no resulta extraño que cuatro participantes del presente estudio con 12 y 14 años de edad, que además realizan una actividad deportiva, ya presenten una sintomatología mayor, diagnosticada como TANE presentando las características siguientes:

- Utilizar la práctica deportiva como una medida de control y reducción del peso corporal y no como una actividad recreativa y saludable.
- Presencia de restricciones alimentarias, ya sea evitación de alimentos engordantes o el saltarse una comida.
- Presencia de atracones, asociada a períodos prolongados de restricción alimentaria.

- Malestar por la imagen corporal, llegando en un caso a la Insatisfacción corporal.
- Influencia de los modelos estéticos corporales, especialmente por los medios publicitarios que promueven la delgadez.
- Además en tres de los casos se observó la utilización de fármacos, uno referido a supresores de apetito y dos al consumo de laxantes.

La preocupación por el peso y la figura, así como la práctica de dietas restrictivas no parecen ser ya exclusivos de la población adolescente y femenina, ya que infantes varones lo presentan (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Gustafson-Larson & Rhonda, 1992; Rolland *et al.*). Sin embargo, poco se sabe acerca de la influencia que tiene la práctica deportiva en la infancia en el riesgo de trastorno alimentario en niños, sin embargo, por las características de los participantes en el presente estudio que fueron diagnosticados con TANE, parece ser relevante considerar: **el motivo de la práctica deportiva** —especialmente si ésta se realiza con la finalidad de bajar de peso—, **la utilización de fármacos** —que coadyuvan a la reducción del peso— o **conductas inapropiadas en el comportamiento alimentario** —como ayunos o episodios de sobreingesta—. Por lo que parece necesario la supervisión de los niños que practican deporte por especialistas en el área de la salud; como son médicos, psicólogos, nutriólogos, y que a su vez éstos conozcan acerca de los trastornos alimentarios, para implementar programas preventivos que incidan en la preocupación por la imagen corporal y lo indispensable de tener una alimentación balanceada para un adecuado desempeño de la actividad física.

Por otra parte, el análisis de los datos indicó que la interiorización de los modelos estéticos corporales y la insatisfacción corporal no caracterizó a ninguno de los grupos, ya que los promedios obtenidos no rebasaron el punto de corte de los instrumentos utilizados (BSQ y CIMEC), ni existen diferencias significativas entre los grupos en los niveles de interiorización del modelo estético, ni la insatisfacción corporal. Pese a esto, hubo sólo un caso que rebasó el punto de

corte del cuestionario de insatisfacción (en el grupo de deportistas practicante de Polo Acuático), además también hubo casos en donde los niños mostraron vulnerabilidad a la influencia de imágenes estereotipadas promovidas por los medios masivos de comunicación, como son: televisión, radio, periódicos y libros. De ahí que la adopción de un modelo estético de delgadez fue mayor en el grupo de deportistas (28.2%=20 casos) en comparación con el grupo de activos (22%=9 casos) y sedentarios (cero casos).

Probablemente, esta interiorización de modelos corporales podría verse justificada ya que en algunos deportes, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asociando poco a poco con el concepto de rendimiento, que permitiría mayor velocidad, flexibilidad y coordinación. Por ejemplo, en la presente investigación se observó que los deportes que se rigen bajo estas premisas (Tae Kwon Do y Polo Acuático) fueron los que interiorizaron en mayor medida el modelo estético de delgadez.

Aunque los porcentajes revelen una mayor interiorización de dicho modelo en el grupo de activos, es necesario considerar que los grupos no fueron homogéneos en número, tanto a nivel general como por disciplina deportiva, de ahí que en algunos casos los porcentajes se elevaron. Bajo esta situación, este estudio sería una primera aproximación en la investigación de trastornos alimentarios en niños deportistas, que sería conveniente confirmar con otras investigaciones que cuiden que los grupos tengan el mismo número de integrantes en cada actividad deportiva.

Sintomatología de Trastorno Alimentario

> Deportistas

Algunos estudios internacionales (Maloney *et al.*) han señalado que la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, especialmente de anorexia

nerviosa es de un 6.9% para niños en población comunitaria. No existen en México estudios con población infantil practicante de algún deporte con los que se pudiera comparar los resultados de la presente investigación, sin embargo resulta relevante que entre los niños deportistas, la frecuencia de sintomatología sea el doble a la estimada (14%) en estudios internacionales, esto puede denotar que los síntomas asociados a los trastornos alimentarios parecen ser más comunes en los niños mexicanos practicantes de alguna actividad deportiva.

Además del nivel de actividad –días y horas de práctica deportiva- antes señalado, el tipo de deporte cobró relevancia en los resultados obtenidos en lo que respecta a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario en dos sentidos; ya sea porque el peso corporal es considerado para la determinación de categorías como es el caso del Fútbol Americano (4 casos que equivalen al 19%); o porque la reducción de peso se asocia a una mayor agilidad y rendimiento, lo cual se presenta en el Fútbol Soccer, (3 casos que equivalen al 18.7%). No obstante, hay que señalar que en todos los deportes que conformaron este grupo de deportistas, se presentó sintomatología de anorexia nerviosa, aunque en los deportes antes referidos fue en mayor proporción, que en los deportes como el Tae Kwon Do (2 casos que equivalen a 11.8%) y Polo Acuático (1 caso que equivale al 5.9%).

Las características más comunes asociadas a dicha sintomatología dentro de los deportistas fueron: gran ansiedad ante los episodios alimentarios así como por la comida, sentimientos negativos posteriores a ésta -llegando a vivenciarlos como sobreingesta- y de preferencias alimentarias durante la sobreingesta, es importante hacer notar que no existió diferencia alguna en cuanto a la presencia de ésta, lo que podría indicar una sobreingesta subjetiva debido a que cuando estos niños comen un poco más de lo que ellos suponen deberían, sienten que están atracándose de comida aunque esto realmente no suceda. Aunque esta sobreingesta no se presenta como una característica propia de los grupos, en los casos que llega a aparecer se encuentra asociada al malestar con la imagen

corporal así como a la interiorización del modelo estético de delgadez, el cual está haciendo que los niños lo comparen con su cuerpo de manera desfavorable, induciéndolos a una serie de prácticas inadecuadas para conseguirlo y las cuales pueden propiciar el desarrollo de un trastorno alimentario.

Debido a los resultados obtenidos en este grupo, se hace necesario seguir indagando sobre el comportamiento alimentario, la percepción del ideal corporal y la influencia que tiene el medio ambiente deportivo en el riesgo de trastorno alimentario, lo que permitiría brindar conductas alternativas saludables para los requerimientos de las prácticas deportivas.

➤ **Activos**

En este grupo, la sintomatología de anorexia nerviosa fue menor (2 casos que representan el 4.9% de la muestra) a la referida tanto en grupo de deportistas (10 casos que representan el 14.1% de la muestra), como en niños varones de una muestra comunitaria internacional (6.9%), (Maloney et al.). Esto parece indicar que la práctica deportiva entraña riesgos de una patología alimentaria, aunque en menor medida que aquellos con un nivel de actividad deportiva superior. Sin embargo, no hay que dejar de lado que actualmente el deporte es visto por los niños como una medida de control y reducción de peso y no como una actividad saludable o recreativa.

Por otra parte, al comparar los resultados del presente estudio con lo referido a nivel internacional observamos menores síntomas en población masculina mexicana, lo que implica que factores socioculturales puedan estar inmersos, por lo que se requieren estudios transculturales para poder comprobar dicha hipótesis.

Por otro lado, se observó que también en el grupo de activos hay una sobreingesta subjetiva, sin embargo, lo relevante en este grupo fue la alta frecuencia en la autoprovocación del vómito —que se diferenció significativamente del grupo de sedentarios—. Este dato resultó interesante ya que este tipo de

conducta sólo se había observado en deportistas adultos a los que se les exige un peso determinado para la práctica de su actividad física o bien para un mejor rendimiento al momento de ejecutarla (American Academy of Pediatrics, 1996; Rosen *et al.*; Steen & Brownell, 1990; Yates *et al.* 1983), pero como se observa en la presente investigación también se está presentando en los niños que realizan una actividad física.

La provocación del vómito se encontró asociada a la influencia de modelos publicitarios que promueven imágenes de delgadez, por lo que resulta importante considerar la autoinducción del vómito –que es un indicador característica de posibles patologías alimentarias- en relación a las influencias socioculturales, lo que indica que este grupo resulto ser vulnerable a los mensajes publicitarios y a la introyección de prácticas inadecuadas para la supuesta reducción del peso corporal.

➤ **Sedentarios**

En este grupo de sedentarios, hubo ausencia de sintomatología de trastorno alimentario debido precisamente a que era uno de los criterios para la inclusión a este grupo, el cual fungió como grupo control. Además, al realizarse la comparación entre factores de los instrumento que miden sintomatología -EAT y BULIT-, obtuvieron las puntuaciones más bajas en comparación con los otros dos grupos.

Aunque en este grupo, tampoco fue característica la interiorización de modelos de delgadez ni la insatisfacción corporal, se presentaron algunas asociaciones –aunque con estadísticos menores a los dos grupos anteriores-. En este caso, el malestar por el propio cuerpo se asoció a la práctica de dietas restrictivas así como a la influencia de productos adelgazantes, los cuales son promovidos por los medios masivos de comunicación. Esta información indica que dentro de nuestro contexto sociocultural la población masculina ya comienza a

interiorizar fuertemente un modelo estético de delgadez y en algunos casos a realizar conductas para reducir peso y conseguir dicho modelo. Lo anterior se confirma con el aumento en la práctica de dietas por parte de los hombres debido al malestar por la imagen corporal como lo señalaron Vázquez, Fuentes, Báez, Alvarez y Mancilla (2002) en un estudio nacional realizado con población masculina y femenina.

Propuestas de investigación

- En cuanto a la investigación de trastornos alimentario en México, se hacen necesarios más estudios que contemplen a población masculina infantil y que puedan brindar una base en la nosología de trastornos alimentarios y aportar datos para su epidemiología.
- Realizar investigaciones con niños practicantes de distintas disciplinas deportivas en el que los grupos sean homogéneos y con las cuales se puedan contrastar los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Valorar el papel que juega el medio ambiente deportivo sobre el comportamiento alimentario y la percepción del ideal corporal, brindando conductas alternativas saludables para los requerimientos de las prácticas deportivas.
- Realizar estudios transculturales en niños practicantes de alguna disciplina deportiva los cuales muestren información de la patologías alimentarias así como de factores socioculturales con la finalidad de poder comparar lo que ocurre con población mexicana.

CONCLUSIONES

- El 2.5% de la muestra total presentó un Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), asociándose la mayoría de ellos a la Bulimia nerviosa y presentándose en los niños de mayor edad (14 años) todos ellos pertenecientes al grupo de deportistas.
- Las principales características clínicas de los casos diagnosticados con TANE fueron: ver a la práctica deportiva como una medida de control y reducción del peso corporal, recurrir a restricciones alimentarias, ayunos, episodios de atracones y utilizar supresores de apetito y de laxantes.
- El 7.6% de la población total presentó sintomatología de trastorno alimentario, siendo relevante en los niños con un nivel de actividad física superior y en algunas disciplinas que se rigen por el peso o en las que un bajo peso corporal resulta benéfico para su ejecución.
- Las disciplinas deportivas con mayor sintomatología de trastorno alimentario dentro del grupo de deportistas fueron Fútbol Americano y Fútbol Soccer. Mientras tanto, la disciplina deportiva con mayor sintomatología dentro del grupo de activos fue el Tae Kwon Do.
- La conducta de mayor riesgo en el grupo de activos fue el vómito autoinducido.
- La insatisfacción corporal y la interiorización del modelo estético corporal no fue una característica de ninguno de los grupos.
- En el grupo de deportistas y activos se presenta una sobreingesta subjetiva.

- Las dietas restrictivas es el método más común utilizado por los niños para bajar de peso y mejorar su figura.
- El Tae Kwon Do y el Polo Acuático fueron las disciplinas deportivas que se vieron mayormente influenciadas por el modelo estético delgadez, tanto en el grupo de deportistas como en los activos.
- El malestar con el cuerpo se encontró altamente asociado a la interiorización de modelos estéticos de delgadez, así como con la práctica de dietas restrictivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, G. , Mancilla, J. M., Martínez, M. & López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 50-58.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 74-85.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 19 (1), 47-56.
- American Academy of Pediatrics. (1996). Promotion of healthy weight-control practices in young athletes. *Pediatrics*, 97 (5), 752-753.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderson, L., Dibble, M., Turkki, P., Mitchell, H. & Rynbergen, H. (1986). *Nutrición y Dieta de Cooper*. México: Interamericana.
- Bakker, C., Whiting, T. & Brug, H. (1993). *Psicología del deporte: conceptos y aplicaciones*. Madrid, España: Morata.
- Békei, M. (1984). *Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Castelli, J. & Meillon, M. (1982). *Adecuación física para el deporte: entrenamiento infantil y juvenil de 6 a 17 años*. México: Textos médicos IMSS.

- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Cía, H. (1995). *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos Aires, Argentina: Ateneo.
- Clark, N., Nelson, M. & Evans, W. (1988). Nutrition education for elite female runners. *Physician and Sportsmedicine*, 16, 124-136.
- Cooper, P. J. & Fairburn, G. (1983). Binge eating and self-induced vomiting in the community. *British Journal of Psychiatry*, 142, 139-144.
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494.
- Crisp, H., Callender, J., Halek, C. & Hsu, G. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 104-107.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedissa.
- Cruz, J. (1991). Aspectos psicológicos de la alimentación del deportista (Comunicación presentada al I Congreso Mundial de Nutrición Deportiva). Barcelona, España.
- Cumbre, S.A. (Ed.). (1985). *Enciclopedia autodidáctica Quillet* (26ª. ed., Vol. 3). México: Grolier.

- Dalle, R., De Luca, L. & Olliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating Weight Disorders*, 1, 34-37.
- Davis, C., Fox, J. & Coweles, M. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (5), 567-574.
- De la Serna, I. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en el varón. *Acta Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24 (2), 67-73.
- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En J. Saiz & E. Garcia (Eds.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 117-124). Barcelona, España: Masson.
- Delgado, M., Gutiérrez, A. & Castillo, M. (1997). *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación de la infancia a la edad adulta*. España: Paidotribo.
- Domínguez, A. (1984). *Enciclopedia de los deportes* (1ª. ed., Vols. 1-25). México: Novaro.
- Dumer, G., Rosen, W. & Heusner, W. (1987). Pathogenic weight-control behavior of young competitive swimmers. *Physician and Sportsmedicine*, 15, 75-84.
- Durant, G. (1976). *El adolescente y los deportes*. Barcelona, España: Planeta.
- Edlund, B., Halvarson, K. & Sjoden, P. (1996). Eating behaviors and attitudes to eating and body image in 7-year-old Swedish girls. *Eating Disorders Review*, 4, 40-53.

- Ewing, E. & Seefeldt, V. (1989). Participation and attribution patterns in American agency-sponsored and interscholastic sports: An executive summary (Informe final, Sporting Goods). North Palm Beach, Florida.
- Fernández, I. (1999, Febrero). *La nueva epidemia del culto al cuerpo. Anorexia, vigorexia, bulimia y otros trastornos: prevención desde la familia y la escuela*. [En red]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/INAM/ponencia>.
- Fulkerson, J., Keel, P., Leon, G. & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *Athletes and Eating*, 26, 73-79.
- Garfinkel, A. & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1052-1058.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York, E.U.: Guilford Press.
- Georges, H. (1986). *El apetito de su hijo*. Barcelona, España: Planeta.
- Gispert, C. (1984). *Cursos de orientación familiar*. España: Océano.
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila, A. F. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósito de control de peso?. *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.

- Gustafson-Larson, A. M. & Rhonda, A. (1992). Weight-related behavior and concerns of fourth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association*, 92, 818-822.
- Hill, J. A. (1993). Pre-adolescent dieting: Implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 87-100.
- Holtz, V. (1998). Pareja, sexualidad y trastornos de la alimentación. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 44-49.
- Kaplan, H. & Sadock, J. (1993). *Factores psicológicos que influyen en las enfermedades físicas*. Compendio de psiquiatría. México: Salvat.
- Kaplan, H. & Sadock, J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. USA: Williams & Wilkins.
- Kendler, K. S., Maclean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Koff, E. & Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and dieting disturbance in early adolescent girls. *Journal Adolescence Health*, 14 (6), 433-439.
- Kostanski, M. & Gullone, E. (1999). Dieting and body image in the child's world: Conceptualization and behavior. *Journal of Genetic Psychology*, 160 (4), 488-498.
- Kustlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J. & Murphy-Eberene, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 1, 41-48.

- Laptev, A. & Minj, A. (1987). *Higiene de la cultura física y el deporte*. México: Ráduga.
- Lawther, J. (1987). *Psicología del deporte y del deportista*. España: Paidós-Ibérica.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W. & Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Maloney, J., McGuire, J., Daniels, R. & Specker, B. (1989). Dieting behaviour and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Mancilla, J. M., Alvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. & Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universidades mexicanas. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 34-43.
- Martínez, M., Medina, A. & Quiroz, A. (1997). Identificación de los trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- McDonald, K. & Thompsom, K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reason for exercising: Gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 289-298.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Molnar, G. & Brazeiro, M. (2001, Julio). *Iniciación deportiva infantil*. En deporte infantil [En red]. Disponible en: <http://www.chasque.net/gamolnar/deporte>.

- Navarro, M. (1988). *Los juegos olímpicos*. En Diccionario Enciclopédico Quillet. (Vol. 7, pp. 291-292) México: Cumbre.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B. & Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1279-1285.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York: Guilford Press.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid, España: Pirámide.
- Reyes, A. (1983a). Deporte. En *Enciclopedia Ilustrada Cumbre*. (Vol. 5, pp. 49-54) México: Cumbre.
- Reyes, A. (1983b). Olimpiada. En *Enciclopedia Ilustrada Cumbre*. (Vol. 10, pp. 240-243) México: Cumbre.
- Ribeiro, S. (1970). *La psicología del deporte*. México: Manual Moderno.
- Riera, J. (1985). *Introducción a la psicología del deporte*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Rolland, K., Farnhill, D. & Griffiths, A. (1997). Body figure perception and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 273-278;
- Rosen, W., McKeag, B. & Hough, O. (1988). Pathogenic weight control behavior in female college gymnasts. *Physician and Sportsmedicine*, 16, 141-144.

- Rosen, W., McKeag, B., Hough, O. & Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 14 (1), 79-86.
- Rubio, P. & Lubin, P. (1993). La anorexia en el atletismo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46 (4), 459-464.
- Sharp, C., Clark, S., Dunan, J., Blackwood, D. & Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 125-134.
- Slim, D. (1976). *Administración y organización de la educación física*. México: ESEF.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a Test Bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863-872.
- Steen, S. N. & Brownell, K. D. (1990). Patterns of weight loss and regain in wrestlers: Has the tradition changed?. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 22, 762-768.
- Steinhausen, C., Winkler, C. & Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 147-151.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, E. & Stein, I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: On examination of mediating mechanism. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 836-840.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.

- Tannehaus, N. (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona, España: Plaza & Janes.
- Theander, S. (1970). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 493-508.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influencia on the aesthetic body shape modelo in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Vázquez, R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Vázquez, R., Alvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23, 19-24.
- Vázquez, R., fuentes, E. S., Báez, M. V. Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12 (1), 73-82.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Ocampo, M. T. & Mancilla, J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas de danza: un estudio preliminar. *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 56-63.

- Vázquez, R., Raich, R. M., Viladrich, M. C., Alvarez, G. & Mancilla J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 18* (3), 325-335.
- Walters, E. E. & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-likesyndromes in a population based female twin sample. *American Journal of Psychiatry, 152*, 64-71.
- Weinberg, R. & Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona, España: Ariel.
- Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, M. (1983). Running: An analog of anorexia?. *New England Journal of Medicine, 308*, 251-255.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (BSQ) | |
|--|-----------------------|
| | BSQ Total |
| Grupo 1 (Deportistas) | x= 54.18 E.E= 2.17 |
| Grupo 2 (Activos) | x= 59.61 E.E= 2.59 |
| Grupo 3 (Sedentarios) | x= 60.52 E.E= 3.46 |
| Valor F | F= 1.81 p= 0.168 |
| x=Media | E.E.= Error estándar |

Anexo 1. Comparación entre grupos en relación a los factores del BSO utilizando el análisis de varianza (ANOVA).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC) | | | | | | |
|--|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| Grupo 1 (Deportistas) | x=15.14 E.E.=1.28 | x=2.54 E.E.=0.32 | x=2.68 E.E.=0.30 | x=0.83 E.E.=0.14 | x=1.75 E.E.=0.19 | x=1.35 E.E.=0.16 |
| Grupo 2 (Activos) | x=16.85 E.E.=1.32 | x=3.12 E.E.=0.35 | x=3.12 E.E.=0.29 | x=0.80 E.E.=0.16 | x=1.90 E.E.=0.22 | x=1.07 E.E.=0.15 |
| Grupo 3 (Sedentario) | x=15.39 E.E.=1.59 | x=3.00 E.E.=0.41 | x=2.35 E.E.=0.44 | x=0.96 E.E.=0.18 | x=1.83 E.E.=0.23 | x=1.20 E.E.=0.20 |
| Valor F | F=0.39 p=0.68 | F=0.82 p=0.44 | F=1.05 p=0.35 | F=0.23 p=0.80 | F=0.14 p=0.87 | F=0.66 p=0.52 |
| Sheffe | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
| x= Media | E.E.= Error estándar | | F= Análisis de varianza | | | |

Anexo 2. Comparación entre grupos en relación a los factores del CIMEC utilizando el análisis de varianza (ANOVA).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | |
|---------------------------------------|-----------|------------|------------|--------------|
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| 1) Malestar por la imagen corporal | r = -0.02 | r = 0.23 | r = 0.03 | r = -0.18 |
| 2) Influencia de la publicidad | r = 0.03 | r = 0.22 | r = -0.01 | r = -0.01 |
| 3) Influencia de mensajes verbales | r = 0.02 | r = 0.10 | r = 0.00 | r = 0.01 |
| 4) Influencia de modelos sociales | r = 0.04 | r = 0.03 | r = 0.10 | r = 0.15 |
| 5) Influencia de situaciones sociales | r = 0.19 | r = 0.24* | r = 1.12 | r = 0.19 |
| CIMEC Total | r = 0.35 | r = 0.23* | r = 0.01 | r = -0.01 |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | |
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| 1) Malestar por la imagen corporal | r = 0.05 | r = 0.39* | r = 0.15 | r = -0.08 |
| 2) Influencia de la publicidad | r = 0.23 | r = 0.31* | r = 0.31* | r = 0.28 |
| 3) Influencia de mensajes verbales | r = 0.37* | r = 0.37* | r = 0.27 | r = 0.36* |
| 4) Influencia de modelos sociales | r = 0.31* | r = 0.33* | r = 0.57** | r = 0.11 |
| 5) Influencia de situaciones sociales | r = 0.30 | r = 0.29 | r = 0.17 | r = 0.15 |
| CIMEC Total | r = 0.34* | r = 0.53** | r = 0.46** | r = 0.19 |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | |
| Factores del CIMEC | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| 1) Malestar por la imagen corporal | r = -0.04 | r = 0.06 | r = -0.20 | r = -0.18 |
| 2) Influencia de la publicidad | r = -0.09 | r = 0.04 | r = -0.11 | r = -0.25 |
| 3) Influencia de mensajes verbales | r = 0.13 | r = 0.12 | r = -0.16 | r = -0.05 |
| 4) Influencia de modelos sociales | r = -0.04 | r = -0.05 | r = -0.20 | r = -0.05 |
| 5) Influencia de situaciones sociales | r = 0.23 | r = 0.23 | r = -0.02 | r = 0.08 |
| CIMEC Total | r = -0.03 | r = 0.07 | r = -0.21 | r = -0.15 |

*p<0.05 **p<0.01

Anexo 3. Correlación de factores internacionales de los cuestionarios EAT y CIMEC para cada uno de los grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| BSQ Total | r= 0,14 | R= 0,30** | r= 0,24* | r= -0,04 |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | |
| | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| BSQ Total | r= 0,43** | R= 0,58** | r= 0,49** | r= 0,06 |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | |
| | EAT Total | Dieta | Bulimia | Control Oral |
| BSQ Total | r= 0,28 | R= 0,46** | r= -0,01 | r= 0,05 |
| *p<0,05 **p<0,01 | | | | |

Anexo 4. Correlación de factores internacionales de los cuestionarios EAT y BSQ para cada uno de los grupos.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|---|-------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1)Sobreeingesta | r= 0.36** | r= 0.36** | r= 0.31** | r= 0.23 | r= 0.29* | r= 0.40** |
| 2)Sentimientos posteriores a la sobreingesta | r= 0.35** | r= 0.37** | r= 0.42** | r= 0.33** | r= 0.14 | r= 0.22 |
| 3)Vómito | r= 0.17 | r= 0.12 | r= 0.03 | r= 0.01 | r= -0.18 | r= -0.07 |
| 4)Preferencias alimentarias durante la sobreingesta | r= -0.05 | r= -0.12 | r= 0.01. | r= -0.01 | r= 0.05 | r= 0.05 |
| 5)Fluctuaciones en el peso | r= 0.18 | r= 0.11 | r= 0.27* | r= -0.01 | r= 0.16 | r= 0.09 |
| BULIT Total | r= 0.38** | r= 0.36** | r= 0.41** | r= 0.29* | r= 0.25* | r= 0.34** |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1)Sobreeingesta | r= 0.33* | r= 0.17 | r= 0.26 | r= 0.21 | r= 0.35* | r= 0.19 |
| 2)Sentimientos posteriores a la sobreingesta | r= 0.46** | r= 0.41** | r= 0.23 | r= 0.25 | r= 0.26 | r= 0.30 |
| 3)Vómito | r= 0.35* | r= 0.23 | r= 0.21 | r= 0.11 | r= 0.49* | r= 0.20 |
| 4)Preferencias alimentarias durante la sobreingesta | r= 0.16 | r= 0.30 | r= -0.03 | r= 0.08 | r= -0.02 | r= 0.04 |
| 5)Fluctuaciones en el peso | r= 0.41** | r= 0.06 | r= 0.32* | r= 0.31 | r= 0.44** | r= 0.30 |
| BULIT Total | r= 0.53** | r= 0.37* | r= 0.33* | r= 0.31* | r= 0.44** | r= 0.34* |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| Factores del BULIT | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| 1)Sobreeingesta | r=0.34* | r= 0.32* | r= 0.44** | r= 0.18 | r= 0.34* | r= 0.50** |
| 2)Sentimientos posteriores a la sobreingesta | r= 0.28 | r= 0.35* | r= 0.39** | r= 0.04 | r= 0.34 | r= 0.11 |
| 3)Vómito | r= -0.03 | r= -0.03 | r= 0.06 | r= -0.04 | r= -0.08 | r= 0.01 |
| 4)Preferencias alimentarias durante la sobreingesta | r=0.36* | r= 0.38** | r= 0.48** | r= 0.27 | r= 0.06 | r= 0.21 |
| 5)Fluctuaciones en el peso | r= 0.06 | r= 0.18 | r= 0.24 | r= 0.31* | r= -0.16 | r= 0.09 |
| BULIT Total | r= 0.40** | r= 0.44** | r= 0.57** | r= 0.20 | r= 0.31* | r= 0.34* |

*p<0.05 **p<0.01

Anexo 5 Correlación entre los factores internacionales de los cuestionarios CIMEC y BULIT para cada uno de los grupos.

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | $r = 0.59^{**}$ | $r = 0.57^{**}$ | $R = 0.63^{**}$ | $r = 0.31^{**}$ | $r = 0.42^{**}$ | $r = 0.46^{**}$ |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | $r = 0.62^{**}$ | $r = 0.41^{**}$ | $R = 0.44^{**}$ | $r = 0.39^{*}$ | $r = 0.48^{**}$ | $r = 0.48^{**}$ |
| GRUPO 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| | CIMEC Total | Malestar por la imagen corporal | Influencia de la publicidad | Influencia de mensajes verbales | Influencia de modelos sociales | Influencia de situaciones sociales |
| BSQ Total | $r = 0.47^{**}$ | $r = 0.52^{**}$ | $R = 0.57^{**}$ | $r = 0.28$ | $r = 0.18$ | $r = 0.51^{**}$ |

Anexo 6. Correlación de factores internacionales de los cuestionarios CIMEC y BSQ de los tres grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| GRUPO 1 (Deportistas) | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------|--|--------------|--|--------------------------|
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.54^{**}$ | $r = 0.50^{**}$ | $r = 0.45^{**}$ | $r = 0.03$ | $r = -0.14$ | $r = 0.30^{**}$ |
| GRUPO 2 (Activos) | | | | | | |
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.57^{**}$ | $r = 0.30$ | $r = 0.60^{**}$ | $r = 0.10$ | $r = 0.35^*$ | $r = 0.51^{**}$ |
| Grupo 3 (Sedentarios) | | | | | | |
| | BULIT Total | Sobreingesta | Sentimientos posteriores a la sobreingesta | Vómito | Preferencias alimentarias en la sobreingesta | Fluctuaciones en el peso |
| BSQ TOTAL | $r = 0.61^{**}$ | $r = 0.52^{**}$ | $r = 0.47^{**}$ | $r = 0.29^*$ | $r = 0.27$ | $r = 0.17$ |

* $p < 0.05$

** $p < 0.001$

Anexo 7. Correlación de factores internacionales de los cuestionarios BULIT y BSQ de los tres grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN