



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**MODELOS ESTRUCTURALES, FACTORES DE
RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUESTRAS DE
DEPORTISTAS ADOLESCENTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
JOSÉ SALINAS POLANCO

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE
COMITÉ: DRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTOCINI

MÉXICO, D.F.

2010



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi padre, José Salinas Mancera porque siempre ha estado conmigo, y varias cosas que me ha dicho las tengo presentes en mi vida, por sus enseñanzas las cuales he tomado como un ejemplo en mi vida, por sus palabras de no conformarme con ser alguien más, por sus enseñanzas y ejemplos, gracias.

A mi madre, Blanca Lilia Polanco Ruiz, por su cariño y su apoyo, porque en los momentos difíciles que he tenido en mi vida no me ha dejado caer, por su ejemplo que siempre me ha dado de no perder nunca la esperanza, por haber compartido conmigo grandes momentos.

Agradezco a la doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré por haber creído en este proyecto y por su paciencia y dedicación para orientarme en cada etapa de este trabajo, por todas sus aportaciones y recomendaciones y por haberme formado como investigador.

A la doctora Lucy Reidl Martínez, por sus contribuciones a este trabajo y sus sugerencias que tuvo para hacer mejor este trabajo.

A la doctora Catalina González Forteza, por su apoyo que siempre me dio y sus palabras que siempre fueron una motivación para mí.

A la doctora Amada Ampudia Rueda, sus contribuciones siempre fueron muy valiosas para mí, gracias por su apoyo para elaborar mi marco teórico.

A la doctora Claudia Unikel Santocini, gracias por su paciencia para revisar este trabajo y por sus observaciones, las cuales fueron muy útiles para mí.

Mi más sincero agradecimiento a la doctora Corina Cuevas Renaud, no solo por su apoyo en la parte académica de esta tesis, sobre todo por su apoyo en la parte moral, por motivarme a terminar este trabajo.

Agradezco también a los demás catedráticos que tuve durante el Doctorado, por sus sugerencias que me dieron, así como a los demás maestros que he tenido, en otras etapas de mi vida y también a otras personas que han estado a mi lado con su apoyo y recomendaciones, por contribuir para hacer de mí no solo un mejor estudiante, sobre todo una mejor persona.

A John, Abraham, Stephen, Gabrielle, Derek, Mark y Brett, a todos ellos una dedicatoria especial porque son para mí un ejemplo de inspiración y superación, en los momentos cuando sentí claudicar, fueron mi base no solo para concluir este trabajo, sino también en varios momentos de mi vida académica, profesional y personal, han sido y siguen siendo modelos de tenacidad, disciplina, levantarse una y otra vez y sobre todo de perseverancia.

Gracias a los entrenadores que me ayudaron para la aplicación de los instrumentos, gracias a los profesores, Néstor, Alejandro, Raúl de la Peña, Eduardo Rueda, Norma Plata, el profesor Marmolejo, Mauricio Cedillo, y demás personas que me ayudaron para poder trabajar con los grupos de deportistas. Gracias a los maestros que me ayudaron a aplicar en las escuelas, Yira Soriano, Daniel, Pilar, y demás personas que me apoyaron.

Gracias a los participantes de esta investigación. Sin ellos no se hubiera logrado absolutamente nada, a los grupos de deportistas que fueron parte de este trabajo, así como a los grupos de las escuelas.

A Adriana, Enrique y Claudia, por haberme acompañado y ayudado para aplicar los instrumentos en los deportivos y en las escuelas, por hacer más amenos esos momentos, gracias por las charlas y las comidas.

A ti creador de toda materia y energía fuente de toda luz y amor.

A mi hermano, Alejandro, por darme varios ejemplos en todos estos años, y orientarme en varias cosas, por la ayuda que me dio cuando yo tenía alguna duda sobre algún uso o función de la computadora, gracias.

A mi sobrina Samantha, siempre ha sido una inspiración para mí, espero mi trabajo llegue a ser un modelo para ella y lo tome como un ejemplo.

Para mis demás familiares, les dedico este trabajo, siempre me dieron la motivación para seguir adelante, siempre creyeron en mí, les agradezco esos momentos en los cuales hemos compartido varias cosas, ellos ya saben quienes son.

A la memoria de mis abuelos, y demás familiares, que donde quiera que estén sé que comparten conmigo mi logro, gracias por aquellos momentos.

A mis colegas y amigos el doctor Alfredo Hernández Alcántara, la doctora Rosalía Tenorio Martínez y el doctor Octaviano García Robledo, por su apoyo para mis dudas que tuve sobre la tesis, pero lo más importante son las pláticas que hemos tenido, así como a mis demás compañeros del Doctorado, gracias por sus palabras, comentarios y sugerencias.

Gracias a mis amigos, porque más que ser simples conocidos, hemos compartido varias cosas, varias etapas, durante todo este tiempo, gracias por esos momentos de compartir las alegrías, fiestas y celebraciones, pero sobre todo por acompañarme en los momentos que parecía detenerme y pensaba que no iba a lograr mis metas, gracias a Martín, Jorge, Marco, Julio, Tania, Jesús, Harry, Jonathan, Fred, Javier, Malena, Alfredo, Teresa, Efrén, Adriana, Iván, José Luis, José de Jesús, Roberto, Víctor, Lina, Edgar, Mario, Carlos, Enrique, Héctor, Esteban, Alejandro, Sergio, Elizabeth, Catalina, Daniel, Gaby, Alex, también para otras personas que han estado conmigo en diversos momentos de mi vida, tanto amigos de antaño como amigos que he conocido recientemente, a todos gracias.

A mis amigos de la escuela, también les dedico este trabajo, siempre han estado presentes y lo saben muy bien, gracias a Óscar, Isela, Patricia, Ponciano, Silverio, Elizabeth, Edith, Ambrocía, Araceli, Romina, Adrián, Rubén, César, Joel, Juan, Leticia, Carlos, Orlando, Rodolfo, y otros compañeros con los cuales también hemos compartido momentos, agradezco a todos su amistad.

A mis amigos que en algún momento de mi vida, estuvieron conmigo y en este momento no pueden estar presentes, porque se encuentran en el extranjero, sin embargo por muy lejos que se encuentren se encuentran compartiendo conmigo este momento tan especial en mi vida, gracias a Pedro, Laura, José Luis, María Luisa y sobre todo a *my little brother* Alexis.

Gracias a las personas que me han apoyado, en el aspecto laboral, a mi coordinador Sergio Villanueva, por darme la oportunidad de impartir mis conocimientos, a mis alumnos, porque me motivan a ser un mejor profesionalista y mejor persona.

Y por último quiero darle las gracias a doña Sol, si no hubiera sido por ella no hubiera tenido donde expresar, mis caídas, alegrías, tristezas, logros, frustraciones, anhelos, decepciones, sueños, éxitos, así como la experiencia de haber conocido mucha gente, también a Nuitzi e Itzel gracias, un agradecimiento muy especial a la señora Selma, por permitirme compartir mis vivencias, gracias por aquellos momentos.

INDICE

Resumen.	1
Abstract.	2
Introducción.	3
Capítulo 1. Antecedentes Históricos. Conceptos y características de los trastornos alimentarios.	9
1.1 Antecedentes históricos.	9
1.1.1. Anorexia nervosa.	9
1.1.2 Bulimia nervosa.	13
1.2 Conceptos, definiciones y características de los trastornos alimentarios.	15
1.2.1. Criterios diagnósticos de la anorexia nervosa.	15
1.2.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nervosa.	18
1.3 Diferencias y similitudes entre la anorexia y la bulimia.	20
1.4 Trastornos de la conducta alimentaria en los varones.	26
Capítulo 2. Factores de riesgo los trastornos de la conducta alimentaria.	30
2.1 Factores predisponentes.	31
2.2 Factores predisponentes socioculturales.	32
2.3 Factores predisponentes familiares.	33
2.4 Factores predisponentes individuales.	35
2.5 Factores precipitantes.	37
2.6 Factores precipitantes estresores.	39
2.7 Factores perpetuantes.	41
Capítulo 3. Deporte y trastornos alimentarios.	47
3.1 Ventajas del deporte.	48
3.2 Riesgos del deporte.	51
3.3 Deporte y trastornos de la alimentación.	54
Capítulo 4. Personalidad, deporte y trastornos de la alimentación.	62
4.1 Personalidad.	62
4.2 Emoción.	64
4.3 Temperamento.	65
4.4 Estudios sobre personalidad y deporte.	69
4.5 Estados emocionales y rasgos de personalidad.	71
4.6 Personalidad y anorexia nervosa.	74
4.7 Personalidad y bulimia nervosa.	76
4.8 Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaría.	77
Capítulo 5. Modelos de ecuaciones estructurales y factores de riesgo en trastornos de la alimentación.	78
5.1 Modelos de continuidad y discontinuidad en TCA.	78
5.2 Modelos en TCA. Factores causales y mantenedores.	80
5.3 Modelos de TCA desarrollados en México.	83
Capítulo 6. Plan de investigación.	87
6.1 Primera etapa.	87
6.1.1 Objetivos generales.	87
6.1.2 Objetivos específicos.	88
6.1.3 Preguntas específicas de investigación.	88
6.1.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.	89

6.1.5 Método.	89
6.1.5.1 Diseño de investigación.	89
6.1.5.2 Definición de variables.	89
6.2 Segunda etapa. Primer estudio.	90
6.2.1 Objetivos generales.	90
6.2.2 Objetivos específicos.	90
6.2.3 Preguntas específicas de investigación.	91
6.2.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.	91
6.2.5 Método.	92
6.2.5.1. Diseño de investigación.	92
6.2.5.2 Participantes.	92
6.3 Segunda etapa. Segundo estudio.	93
6.3.1 Objetivos generales.	93
6.3.2 Objetivos específicos.	93
6.3.3 Preguntas específicas de investigación.	94
6.3.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.	94
6.3.5 Método.	95
6.3.5.1 Diseño de investigación.	95
6.3.5.2 Participantes.	95
6.3.5.3 Procedimiento.	96
6.4 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables de estudio.	96
6.4.1 Definiciones conceptuales y operacionales de los factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) asociados con imagen corporal.	96
6.4.2 Definiciones conceptuales y operacionales de los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.	98
6.4.3 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables rasgos de personalidad.	100
6.5 Instrumentos, aparatos y mediciones.	107
6.5.1 Cuestionario de Alimentación y Salud.	107
6.5.2 Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson.	110
6.6 Procedimiento.	114
Capítulo 7. Estudio piloto.	115
7.1 Introducción.	115
7.2 Método.	117
7.3 Descripción de la muestra.	117
7.4 Resultados.	118
7.4.1 Análisis descriptivo de los rasgos de personalidad.	118
7.4.2 Análisis diferencial de rasgos de personalidad por deporte y por grupo.	121
7.4.3 Factores de riesgo en TCA por sexo y por deporte.	123
7.4.4 Correlación rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.	126
7.4.5 Correlación intrarrasgos de personalidad.	127
7.5 Discusión.	128
Capítulo 8. Primer estudio.	132
8.1 Introducción.	132
8.2 Método.	134
8.3 Descripción de la muestra.	134

8.4 Resultados.	137
8.4.1 Análisis descriptivo de las variables de estudio rasgos de personalidad.	137
8.4.2 Análisis de correspondencia. Una perspectiva gráfica de los rasgos de personalidad.	142
8.4.3 Análisis descriptivo de los factores de riesgo en los TCA.	147
8.4.4 Comparación de grupos (ANOVAS).	150
8.5 Discusión.	156
8.6 Conclusiones.	159
Capítulo 9. Segundo estudio.	160
9.1 Introducción.	160
9.2 Método.	161
9.3 Participantes.	161
9.4 Resultados.	161
9.4.1 Modelos en su versión corta.	161
9.4.1.1 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para mujeres deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	161
9.4.1.2 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para hombres deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	163
9.4.1.3 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para mujeres no deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	165
9.4.1.4 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para hombres no deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	166
9.4.2 Comparación de los modelos de mujeres deportistas con versión corta (modelo 1) vs la versión larga o completa (modelo 2) de la prueba de Taylor y Johnson.	169
9.4.3 Comparación de los modelos de hombres deportistas con versión corta (modelo 1) vs la versión larga o completa (modelo 2) de la prueba de Taylor y Johnson.	173
9.4.4 Discusión.	176
9.4.5 Conclusiones.	182
Discusión general.	183
Conclusiones finales.	191
Limitaciones y sugerencias.	192
Referencias.	193
Anexo A. Modelos en su versión larga.	216
Anexo B. Cuestionario de alimentación y salud.	228
Anexo C. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson.	240

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura A. Modelo estructural de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.	86
Tabla 1. Distribución de las disciplinas por sexo.	92
Tabla 2. Distribución de las disciplinas por sexo.	96
Tabla 3. Distribución porcentual de la variable edad por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.	117
Tabla 4. ANOVA. Efectos principales en actividad social.	122
Figura 1. Interacción estadísticamente significativa. Actividad social por deporte y por sexo.	122
Figura 2. Inversión de ejes. Actividad social por sexo y por deporte.	123
Tabla 5. ANOVA. Efectos principales en dominancia.	123
Figura 3. Interacción estadísticamente significativa. Insatisfacción corporal por grupo y por sexo.	124
Figura 4. Interacción estadísticamente significativa. Preocupación por el peso y la comida por grupo y por sexo.	125
Figura 5. Inversión de ejes. Preocupación por el peso y la comida por sexo y por grupo.	126
Tabla 6. Coeficientes R de Spearman entre las variables de personalidad y factores de riesgo en TCA.	127
Tabla 7. Distribución porcentual de la variable edad por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.	134
Figura 6. Descripción porcentual de la variable edad por grupo y por sexo.	135
Tabla 8. Distribución porcentual de la variable escolaridad por grupo y por sexo.	135
Figura 7. Descripción porcentual de la variable escolaridad por grupo y por sexo.	135
Tabla 9. Distribución porcentual del nivel socioeconómico por grupo y por sexo.	136
Figura 8. Descripción porcentual del nivel socioeconómico por grupo y por sexo.	136
Tabla 10. Distribución de la variable ansiedad por grupo y por sexo.	137
Tabla 11. Distribución de la variable depresión por grupo y por sexo.	138
Tabla 12. Distribución de la variable actividad por grupo y por sexo.	139
Tabla 13. Distribución de la variable dominancia por grupo y por sexo.	140
Tabla 14. Distribución de la variable hostilidad por grupo y por sexo.	140
Figura 9. Descripción de las variables de personalidad por grupo y por sexo.	141
Tabla 15. Rasgos de personalidad y rangos de clasificación.	142
Tabla 16. Prueba de Ji cuadrada.	143
Tabla 17. Matriz 5 X 4 (1,2, 3).	143
Tabla 18 A, B y C matriz 5 X 4	144
Figura 10. Puntos en columnas y renglones.	145
Tabla 19. Distribución porcentual de la variable presencia de dieta por grupo y por sexo.	147
Tabla 20. Distribución porcentual de la variable presencia de dieta en los últimos 6 meses por grupo y por sexo.	148
Tabla 21. Distribución de la variable IMC por grupo y por sexo. Medias y Desviaciones Estándar.	148
Tabla 22. Distribución de la variable Insatisfacción corporal (siluetas) por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.	149

Tabla 23. Distribución de la variable alteración de la imagen corporal por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.	150
Tabla 24. ANOVA. Insatisfacción corporal por deporte y por sexo.	151
Figura 11. Interacción estadísticamente significativa. Insatisfacción corporal por grupo y por sexo.	151
Figura 12. Inversión de ejes. Insatisfacción corporal por sexo y por grupo.	152
Tabla 25. ANOVA. Dieta restringida por deporte y por sexo.	153
Figura 13. Interacción estadísticamente significativa. Dieta restringida por grupo y por sexo.	153
Figura 14. Inversión de ejes. Dieta restringida por sexo y por grupo.	154
Tabla 26. ANOVA. Presencia de dieta en los últimos 6 meses por deporte y por sexo.	155
Tabla 27. ANOVA. Alteración de la imagen corporal por deporte y por sexo.	155
Figura 15. Modelo 1 mujeres deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	163
Figura 16. Modelo 1 hombres deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	164
Figura 17. Modelo 1 mujeres no deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	166
Figura 18. Modelo 1 hombres no deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	168
Figura 19. Modelo 2 de ecuaciones estructurales mujeres deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	219
Figura 20. Modelo 2 de ecuaciones estructurales hombres deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	222
Figura 21. Modelo 2 de ecuaciones estructurales mujeres no deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	224
Figura 22. Modelo 2 de ecuaciones estructurales hombres no deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).	227

RESUMEN

Objetivos. Desarrollar modelos teórico-prácticos que permitan describir y predecir, las relación entre rasgos de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, expresión, empatía, subjetividad, dominancia, hostilidad y autodisciplina) y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva). También fue propósito del mismo, determinar el papel (riesgo/protector) del deporte. **Método.** El proceso de investigación se llevó a cabo en dos etapas, la primera abarcó el estudio piloto, mientras que en la segunda se llevaron a cabo dos estudios. **Muestra.** Se trabajó con muestras no probabilísticas de adolescentes hombres y mujeres deportistas de alto rendimiento y de adolescentes hombres y mujeres no deportistas igualados en las principales variables socio demográficas tales como, sexo, edad, escolaridad y ocupación y escolaridad de los padres. **Instrumentos.** Se utilizaron instrumentos válidos y confiables, para la recolección de datos, sobre rasgos de personalidad y sobre factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Resultados.** Entre los principales resultados del primer estudio, se encontró que las mujeres deportistas tuvieron un manejo excelente de actividad social y dominancia, los hombres deportistas mostraron un manejo excelente en este mismo rasgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre deportistas mujeres y hombres y su contraparte no deportistas mujeres y hombres. Los grupos de deportistas mostraron un mejor manejo de la ansiedad, depresión, actividad social, y dominancia. En virtud de estos resultados se destaca papel protector del deporte, no obstante todos los grupos requirieron un cambio en el manejo del rasgo hostilidad. Con respecto a los factores de riesgo en TCA las mujeres no deportistas mostraron más insatisfacción corporal, y presencia de dieta restringida, esta última variable también estuvo presente en las mujeres deportistas. Con base en estos resultados se procedió a realizar el segundo estudio, en el que se desarrollaron modelos de ecuaciones estructurales. Los factores de riesgo como insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida jugaron un papel mediador con rasgos de personalidad confirmándose así, la teoría y estudios previos. Con respecto a los rasgos de personalidad se encontró que depresión estaba presente en los modelos de los deportistas, mientras que en los de los no deportistas aparecía además ansiedad. Los factores de personalidad como ansiedad, depresión, actividad social y hostilidad siempre aparecieron intercorrelacionadas y con diferentes pesos Beta en sus ligas con los factores de riesgo en TCA. Se desarrollaron los modelos en versión corta y larga y se mostraron los beneficios prácticos o funcionales por la preferencia del uso de la versión corta. **Palabras clave:** Rasgos de personalidad, deportistas alto rendimiento y no deportistas, factores de riesgo, trastornos alimentarios, modelos estructurales.

ABSTRACT

Objectives. To develop theoretical-practical models which describe and predict, the relationship between personality traits (anxiety, depression, social activity, expression, empathy, subjectivity, dominance, hostility and self discipline) and risk factors in eating disorders (body dissatisfaction, weight concern, chronic diet and compulsive alimentary behavior). Another purpose was to determine the roll (risk/protector) which plays the sport in relation to those variables. **Method.** The investigation was carried out in two stages, the first was a pilot study while in the second one were made two studies. **Participants.** Two non probabilistic samples were composed with sport and non sport men and women adolescents, they had the same sociodemographic variables such as sex, age, scholary and occupation and parent's scholary. **Instruments.** Two valid and reliable instruments. One of them about personality traits and another about risk factors in eating disorders (ED). **Results.** The principal results about the first study, it was found that sport women had an excellent management if social activity and dominance, whereas the sport men had an excellent management in the same trait. There were statistical differences between sport women and men and non sport women and men. The sport groups had a better management of anxiety, depression, social activity and dominance. The sport had a protect roll, however all groups needed a change in the trait hostility. In risk factors for ED, the non sport women showed more body dissatisfaction and restrained diet, this variable was present too in sport women. With these results we made a second study in which we developed structural equation models. Risk factors such as body dissatisfaction, weight and food concern, chronic and restrained diet, had a mediate roll with personality factors, we confirmed previous studies. In personality traits we found that depression was present in the sport men and women models, whereas in the non sport men and women groups as well too we found anxiety. The personality factors such as anxiety, depression, social activity and hostility always were intercorrelationated and with deferent Beta weights with risk factors for ED. The comparison models short version vs models long version indicates that is better the use of the models long version. **Key words.** Personality traits, elite athletes and non athletes, risk factors, eating disorders, structural models.

Introducción.

Hace unos años los trastornos de alimentación eran rara vez diagnosticados. Sin embargo, en la actualidad se sabe que son enfermedades que ocupan un área importante en el sistema de salud, y en las que, además, intervienen múltiples factores, tanto en su desarrollo así como la medida en la que influyen los trastornos de la personalidad, el papel de la vulnerabilidad genética o biológica, las alteraciones en el entorno familiar y sociocultural donde la preocupación por el aspecto físico y el control sobre los alimentos son factores cotidianos (Rodríguez; Fernández de Corres, Lalaguna, González & González-Pinto, 2001).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador & Raich, 2005). En los últimos años la incidencia y la prevalencia de estas enfermedades han aumentado de gran manera, y también se ha descrito un inicio a edades cada vez más precoces (Olza, Velilla, Garcés & Andrés 2000).

En las últimas tres décadas, se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA, observándose un porcentaje de 0.5-1% de anorexia nervosa (AN), de 1-3% de bulimia nervosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE), estableciéndose una razón de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres, de acuerdo con un estudio llevado a cabo en España por Peláez, Labrador y Raich (2005).

Hoy en día en que la moda es estar delgado, la gente con sobrepeso y obesa sufre un aislamiento social y emocional que es probablemente la parte más dura de sobrellevar y la que con más frecuencia los impulsa a tratar de bajar de peso. El anhelo de delgadez, agregado a la insatisfacción corporal y a las dietas restringidas que se llevan a cabo son factores precipitantes de los trastornos alimentarios, debido al incremento en nuestra sociedad de querer conseguir todo fácil y rápido y sin esfuerzo, sumado a la constante tendencia de que lo estético y lo superficial son los mejores ejemplos de que cada vez se observan más mujeres y hombres con cuerpos esculturales a costa de dietas de cualquier índole (Vélez & Herrasti, 2002).

Como ya se señaló, aunque generalmente se manejan los TCA como una situación exclusiva de las mujeres, se ha llegado a reportar aunque en menor grado la presencia de éstos en varones, estableciéndose una razón de prevalencia de uno a nueve en varones respecto a mujeres (Peláez, Labrador & Raich, 2005). La AN en el varón aparece también en la pubertad y su pronóstico llega a ser similar al de las mujeres, al igual que ellas la aparición de la AN en el varón llega a presentarse de manera insidiosa, los jóvenes empiezan por proponerse un plan de adelgazamiento para “ponerse en forma”, que incluye una dieta estricta y un incremento del ejercicio físico (Sherman & Thompson, 1999).

Es importante señalar que aunque los trastornos alimentarios van en aumento, hay grupos considerados como de alto riesgo, y tienen mayor probabilidad de desarrollarlos a comparación del grueso de la población, como son bailarinas, modelos y ciertos grupos de deportistas. En algunos deportes, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asentando poco a poco en el concepto de rendimiento. En ello se considera que el cuerpo

delgado permite mayor eficacia motora (velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.), pero también más valoración estética, este hecho ha sido cada vez más frecuente en los últimos años (Toro, 1996).

En México, la investigación respecto a los factores de riesgo asociados con la alimentación en deportistas es escasa. Entre ellos se pueden mencionar los llevados a cabo por Unikel con bailarinas (1998), Hernández-Alcántara y Gómez-Peresmitré (2004) con nadadoras y gimnastas y Hernández (2006) con gimnastas. La presencia de un número considerable de trabajos en el extranjero, y de pocos en nuestro país, convierte a este proyecto en innovador, además de que los estudios internacionales se han enfocado a los trastornos alimentarios clínicamente diagnosticados en atletas, no haciendo énfasis en los factores de riesgo, que se hallan asociados a esta población. En cambio, en el presente trabajo se pone atención en los factores de riesgo de los TCA. Siendo este trabajo el que inicia una línea de investigación nueva en el deporte. En este sentido, dada la creciente incidencia y prevalencia de trastornos alimentarios, resulta necesario y esencial obtener información para la promoción de la salud, y en consecuencia la protección de la misma, y la prevención de la enfermedad. Por esto se hace evidente la importancia de la detección temprana de factores de riesgo y de la presencia de un posible cuadro clínico a través de un modelo predictivo para el campo de la salud y el deporte en México.

El presente proyecto tiene como propósito detectar los factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en practicantes de disciplinas acuáticas de alto rendimiento (natación, clavados, nado sincronizado y waterpolo), que compiten a nivel regional y nacional, así como la comparación con quienes no practican deporte (controles).

En el capítulo 1, se abarca los antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria, orígenes, evolución en su estudio, criterios diagnósticos de la AN y BN, así como las diferencias y similitudes entre ellos, por último se aborda el desarrollo de TCA en varones.

En el capítulo 2, se trata sobre los factores de los TCA, comprende los factores predisponentes los cuales se dividen en: socioculturales, familiares e individuales. Enseguida se abordan los factores precipitantes, para terminar el capítulo se trata sobre los factores perpetuantes, donde se mencionan las consecuencias físicas y psicológicas de los TCA.

El capítulo 3, comprende la relación que existe entre deporte y TCA, en primer lugar se estudian las ventajas de la actividad deportiva, después se mencionan los riesgos que ésta puede tener y para finalizar se abordan investigaciones que se han realizado para aportar elementos que permiten confirmar la relación entre deportes y TCA.

El siguiente capítulo el 4, aborda la cuestión de personalidad; cuáles son las definiciones de ésta, así como de temperamento y emoción. Enseguida se repasan estudios que establecen la relación entre personalidad y deporte, así como la relación de ésta con los TCA y su comorbilidad.

El capítulo 5, trata sobre diferentes modelos como los de ecuaciones estructurales para explicar los factores de riesgo en TCA y los modelos de continuidad y discontinuidad. Enseguida se describen modelos que se han elaborado en TCA, los cuales manejan factores

causales y mantenedores en éstos. Por último hay un apartado en el cual se trata sobre los modelos en TCA que se han desarrollado en México.

En el capítulo 6, se revisa el plan de investigación en todas sus etapas. En dicho capítulo se describen cuáles fueron los objetivos generales y específicos de cada etapa, preguntas específicas de investigación y el planteamiento hipótesis de trabajo. Se mencionan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables de estudio y la parte del método. Esta comprende el diseño de investigación, participantes, instrumentos utilizados y el procedimiento realizado así como las consideraciones éticas.

Posteriormente en el capítulo 7, se reporta el estudio piloto que se realizó en la primera etapa. Se describe la muestra y los resultados que se encontraron en dicho estudio. Finalmente se discuten los mismos y se presentan las conclusiones.

El primer estudio de la segunda etapa se reporta en el capítulo 8. Se mencionan La descripción de la muestra, y los resultados. En éstos se dice cuales fueron los hallazgos y que elementos aporta dicho estudio en la parte de discusión y resultados.

El capítulo 9, abarca los resultados del segundo estudio. En este capítulo se mencionan los resultados de los modelos de ecuaciones estructurales realizados en esta etapa. Se reportan los resultados encontrados en cada uno de los modelos desarrollados. Posteriormente se comparan los modelos de deportistas en su versión corta y su versión larga. Por último, en discusión y conclusiones se revisan las principales aportaciones de los resultados encontrados.

Finalmente, en discusión y conclusiones generales se mencionan los principales resultados en las diversas etapas de investigación, y se plantean sus limitaciones y sugerencias.

Capítulo 1. Antecedentes históricos. Conceptos definiciones y características de los trastornos alimentarios.

1.1 Antecedentes históricos.

1.1.1. Anorexia nervosa.

La palabra anorexia deriva del griego, está compuesta por el prefijo negativo *an* y el verbo *orexiu*, el prefijo que significa ausencia, carencia y el verbo, significa alcanzar, tocar, tender, ofrecer algo, desear a alguien, entonces la traducción sería sin deseo, falta de gozo (De Goldman, 2005). Para varias culturas en que el ayuno ha sido considerado un método para protegerse de las fuerzas del mal, la privación de alimento resguardaba de las influencias demoníacas y garantizaba una cierta pureza; es por ello que purificación y penitencia han sido asociadas al ayuno en la mayor parte de las religiones.

El ayuno es clásico en la historia de diferentes religiones p. ej. en el cristianismo Jesús mismo practicó y recomendó el ayuno, así como probablemente Juan el Bautista fue el primer discípulo en seguir las reglas de vida que han constituido el ascetismo. Es por ello que en el cristianismo el ayuno se ha considerado una forma de penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos por el ayunador u otras personas (Toro, 1996).

Con el paso del tiempo las cosas ocurrieron de modo muy distinto a lo que ocurre en la actualidad. Los ricos podían evitar ayunos comprando indulgencias, ello suponía que en épocas de escasez alimentaria, los ricos comían mucho y siempre; mientras los pobres lo hacían poco e intermitentemente. La edad media entre los años 1200 y 1500 coincidió con

la aparición de órdenes religiosas, un número creciente de mujeres pertenecientes a estas órdenes se entregaban a prácticas ascéticas de todo tipo, siendo el ayuno una de las más difundidas (Caparrós, 1997).

La reforma protestante cambió significativamente las cosas, al menos en los países donde triunfó. En ciertos lugares las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas, ahora era Satán y no Dios quién las motivaba. Sin embargo desde el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación, consiguiendo una gran atención pública y con frecuencia recompensas materiales. A partir del siglo XVII el concepto que merecían estas adolescentes y jóvenes fue modificándose paulatinamente, aunque una gran parte del pueblo, se mantuviera en el convencimiento del carácter religioso espiritual de los ayunos (Toro, 1996).

La primera interpretación propiamente médica del trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII, fue hecha por Richard Morton doctor en medicina en la Universidad de Oxford en 1670, quién la plasmó en su obra *Physiologia a treatse of consumptions*, y la describió como aparente falta de apetito, rechazo a la alimentación, amenorrea, hiperactividad, estreñimiento y caquexia (Parral, Cena, Contreras, Bonsignore & Schust, 2007). Para 1874, Gull empleó por primera vez el término anorexia como un estado mental, producido por trastornos centrales y hereditarios (Chinchilla, 1995). También durante ese mismo tiempo se definió la anorexia como inanición histérica, anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario, con represión de un deseo más o menos consciente.

Fue el psiquiatra francés Pierre Janet en 1903 quién dio un nuevo impulso al análisis y descripción de la anorexia. Estudió varios pacientes anoréxicos durante mucho tiempo describiendo dos formas de ésta: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre, la paciente manifestaría disgusto con su cuerpo temiendo engordar, desarrollarse y hacerse mujer. La forma histérica implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de una notable frecuencia de vómitos. Para Janet la anorexia tenía un origen emocional, los pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionados por la idea de su volumen corporal, interpretando así todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad (Janet, 1992).

Freud (1989) sugirió una interpretación de la anorexia, describiéndola como una forma de melancolía en donde la sexualidad no había alcanzado un adecuado desarrollo, calificándola como “neurosis nutricional”. Para Freud todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual (De Goldman, 2005).

Tras la Segunda Guerra Mundial, se inició el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario y más concretamente de la anorexia nervosa (AN). Las observaciones, los métodos exploratorios se van haciendo más rigurosos, y las explicaciones etiopatogénicas más complejas, menos simplistas y reduccionistas. En 1939, John Alfred Ryle médico inglés basándose en su experiencia clínica, predijo el incremento posterior de la AN, justificando su pronóstico en la interacción entre la emotividad de las jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez (Vanderecycken & Van Deth, 1994).

En los años 50 se produce un retorno a las concepciones psicológicas de los trastornos alimentarios y paulatinamente se origina una serie de estudios que intentan explicarlos desde los más diversos ángulos surgidos desde las teorías del psicoanálisis, psicología cognitiva, conductismo y escuela sistémica (Parral et al., 2007).

Bruch (1970), encabezó la nueva visión de estos trastornos; hizo formulaciones que fueron verificándose posteriormente. Bruch consideraba la AN en términos del desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Para ello propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia primaria fueron la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones y una sensación generalizada de ineficacia. La anorexia secundaria o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos, la comida y la alimentación fueron saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria. Asimismo otorgó marcada relevancia a síntomas actuales experimentados por el paciente anoréxico, como el trastorno de su imagen corporal o las alteraciones de la interocepción, temas centrales de muchas investigaciones posteriores (Toro, 1996).

Selvini (1974), psiquiatra italiana, dio los pasos definitivos en la dirección cultural de la anorexia. Atribuyendo el desarrollo de ésta al surgimiento de una sociedad opulenta orientada hacia el consumo. De esta forma, al incrementar en las familias de clase media su atención dirigida a los hijos, las mujeres experimentaban una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de la emancipación. Selvini plantea la trascendencia de la dinámica familiar en la anorexia, en la medida en que la familia es el

principal agente transmisor de valores y prácticas sociales; el alimento y las comidas constituyen una fuente de lucha y conflicto. Se creía entonces que éste fenómeno, la AN, sólo era posible en las sociedades opulentas donde el alimento era abundante siendo su aparición más frecuente en niñas que en niños.

1.1. 2 Bulimia nervosa.

Históricamente según refleja la literatura, la bulimia ha tenido mucha menor atención que la anorexia, aunque con frecuencia se superponga a ésta o forme parte de la misma. Bulimia viene del griego antiguo, *limos* significa hambre y el prefijo *bou* que significa gran cantidad, o “boul” que significa buey, el término resultante puede traducirse por “hambre de buey” (Toro, 1996).

El banquete y el vómito consiguiente fueron auténticas instituciones de las clases media y alta de Roma; cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales iban a una habitación contigua, el “vomitorium”, donde hacían lo propio. Durante la edad baja media, el vómito constituyó una práctica penitencial, el penitente mediante la *tmesis*, arrojaba por medio del vómito sus pecados, así podían dominarse los apetitos sexuales más o menos desordenados. La historia del mundo occidental y de Europa en particular, está llena de épocas y de grupos sociales, que asiduamente practicaban el atracón seguido del vómito. El Oxford English Dictionary de 1983, menciona que fue el capellán inglés John Trevisa en 1398 quién usó la palabra bulimia por primera vez. En un principio sólo significaba apetito inmoderado, y no tenía que ver con vómitos ni con otros procedimientos afines. No obstante fue a principios del siglo XIX, cuando se fue tomando conciencia

gradual de la asociación entre sintomatología bulímica y AN. Sin embargo los estudios sobre bulimia son mucho menos numerosos que los dedicados a la anorexia (Toro, 1996).

Los factores socioculturales intervinientes en la bulimia nervosa (BN) muy probablemente son los mismos que los de AN: el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento constituyen el denominador común de ambos trastornos. En el momento actual, el estallido del rechazo social a toda forma de obesidad o sobrepeso, y el anhelo de delgadez están en la cimentación del fenómeno (Gómez, 1996). De acuerdo con Toro, (1996) hay diez mitos o falsedades que han propiciado en gran medida la aparición de los trastornos alimentarios:

1. Cualquier grasa en la comida es mala.
2. La redondez no es saludable.
3. La delgadez es saludable.
4. La gordura o la grasa puede perderse rápidamente y sin peligro.
5. Existe una grasa especial femenina llamada celulitis.
6. La grasa de la celulitis está causada por toxinas.
7. Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.
8. Ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso.
9. Las mujeres de edad inferior a 50 años corren un riesgo real de enfermedad cardíaca.
10. Hacer dieta es una actividad saludable. (página, 136).

1.2 Conceptos, definiciones y características de los trastornos alimentarios.

1.2.1. Criterios diagnósticos de la anorexia nervosa.

Conforme a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de AN, debe cumplir los siguientes criterios:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, 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, ej. con la administración de estrógenos.).

Tipos específicos.

Existen a su vez dos formas en que la AN puede presentarse:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (APA, 2002, p.243).

Aunque los criterios que describe el DSM IV-TR (APA, 2002), son los más usados para diagnosticar la AN, ha habido otros criterios y definiciones de diversos autores, Chinchilla (1995), propone también criterios para diagnosticar la AN:

1. Pérdida de peso no inferior al 25%.
2. Amenorrea, alteración psico-neuroendócrina
3. Sexo femenino, rarísima en el varón.
4. Edad de comienzo no superior a los 25 años.
5. Síndrome característico: somático y psicopatológico (página, 53).

Feighner et al. (1972) tiene también su fórmula diagnóstica, que ha alcanzado mucha difusión:

1. Edad de comienzo anterior a los 25 años.
2. Pérdida de peso del 25% por lo menos.
3. Una actitud deformada, implacable para con la comida o el peso, que no tiene en cuenta el hambre, los consejos o las amenazas:
 - a) Negación de la enfermedad sin reconocer sus necesidades de nutrición.
 - b) Aparente gozo en la pérdida de peso, manifestando placer al rechazar la comida.

- c) Una imagen corporal, deseada de extrema delgadez con clara evidencia de que esto es un premio por conseguir y mantener ese estado.
- 4. Ninguna enfermedad manifiesta que explique la anorexia y pérdida de peso.
- 5. Ninguna otra enfermedad psiquiátrica manifiesta, con referencia particular a desórdenes afectivos primarios, esquizofrenia, neurosis obsesivo-compulsiva o fóbica (el rechazo de la comida de forma fóbica u obsesiva no es suficiente para el diagnóstico).
- 6. Al menos dos de las siguientes manifestaciones:
 - a) Amenorrea; b) Hirsutismo; c) Braquicardia; d) Episodios de bulimia; e) Periodos de hiperactividad; y f) Vómitos (a veces provocados) (página, 52).

También el ICD-10, (World Health Organization, 1994), tiene sus criterios para diagnosticar la AN. El diagnóstico de la AN debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben de estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- 1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor a 17.5), los pacientes prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- 2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: a) evitación de consumo de alimentos “engordantes”, b) vómitos autoprovocados, c) purgas intestinales autoprovocadas, d) ejercicio excesivo, y e) consumo de fármacos anorexígenos y diuréticos.
- 3. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia de ideas como pavor a la gordura, de modo que el

enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

4. Trastorno endócrino generalizado, que se caracteriza en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de la potencia o del interés sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene, (cesa el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas, y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía (página, 53).

1.2.2. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nervosa.

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de BN, debe cumplir con los siguientes criterios que aparecen en el DSM IV-TR (APA, 2002):

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos específicos.

Existen también dos tipos de BN:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o 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 (APA 2002, página 245).

El ICD-10, (WHO, 1994), también tiene sus criterios para diagnosticar la BN. Al igual que la anorexia deben cumplirse todos los criterios siguientes para poder hacer un diagnóstico de bulimia:

1. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

1.3 Diferencias y similitudes entre la anorexia y la bulimia nervosas.

Hoy en día los jóvenes están más preocupados que antes por estar delgados, por ser los más populares, los más atractivos, y están dispuestos a realizar muchas cosas para conseguirlo. Cada vez hay más personas que hacen dietas y hay más alimentos light o bajos en grasas. Hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse “sanamente” está de

moda (Silva, 2007). El aumento de la influencia de los medios de información, para promover una figura delgada, ha provocado entre otras causas, el gran incremento del problema. En un estudio realizado por Hargreaves y Tiggerman (2003), encontraron que las adolescentes que observaban muchos comerciales de televisión con actrices representativas del ideal social de delgadez, presentaban insatisfacción corporal y deseo de adelgazar.

Desde un principio sobresale, en los estudios del primer mundo, una situación muy significativa, la mayoría de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son mujeres, las causas de estos trastornos son múltiples, interviniendo unas u otras de modo diferencial en distintos pacientes (Toro & Vilardel, 1987). Se pensaba que era un trastorno típico de las clases socioeconómicas altas, de comienzo en la adolescencia como lo señalaban McClelland y Crisp (2001). Este panorama ha ido modificándose y poco a poco, la edad de inicio se hace más temprana, entre ocho y nueve años, extendiéndose a todas las categorías sociales (Caparrós, 1997). La pionera feminista Friedan (1994) desde su punto de vista señala que las mujeres padecen ahora una crisis de identidad y nuevos e indecibles problemas, y el propósito de delgadez llega a ser necesario para sentir una sensación de dominio o control sobre el cuerpo.

El problema no puede entenderse sin la existencia de los hábitos y valores socioculturales que determinan e influyen los estereotipos estéticos que conciernen a la figura corporal que constituirían la causa primera del TCA. La mujer actual tiene ante sí grandes retos que cumplir, que le han inculcado desde temprana edad, por un lado continúa teniendo como modelo de referencia el rol de ser ama de casa y tener una familia; pero por otro lado, contrario al rol tradicional, tiene como referencia el modelo de ser una

triunfadora en todos los aspectos, y conseguir sus metas, primero acabar sus estudios, ser una exitosa profesional, con un buen empleo, y satisfacer las demandas que le ha impuesto la sociedad (Sherman & Thompson, 1999). Estas demandas incluyen tener el porte de mujer saludable, el cual se consigue teniendo una figura sumamente delgada. Todo este estereotipo se debe en gran parte al culto hacia el cuerpo femenino, la comparación entre autocontrol y adelgazamiento, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo, en función de los cánones arbitrariamente ya fijados, forman parte de los orígenes de la AN y la BN, mientras que, la obesidad obtiene calificativos tales como: gente sin autodisciplina, perezosos, impopulares, flojos, poco inteligentes (Ogden, 2003; Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003).

La mujer se encuentra cada vez más en el perfeccionismo, con características como la necesidad de aprobación de los demás, hipersensibilidad a la crítica, que da lugar a una forma de razonar absolutista, extremista de todo o nada y que determinará que alguien sea capaz de llevar una dieta inflexible o hacer ejercicio físico de manera incansable (Froján, González & Cristóbal, 2006).

Una de las primeras maneras en que las personas con AN empiezan a manifestarla, es haciendo dieta con el deseo de perder peso, así como preocuparse por cuantas calorías se consumen al comer y por perder el control sobre su alimentación (Simon & Nef, 2005); de la misma manera se inicia la BN (Sherman & Thompson, 1999).

El rasgo central de la AN y la BN es el marcado propósito de delgadez, asociado con la convicción de que su cuerpo es muy grande, aunque esto parece empezar con la

dieta, las personas que siempre tienen presente el sobrepeso empezaron una dieta en respuesta a comentarios que habían recibido respecto a su figura, de parte de miembros de su familia, amigos o de la pareja, quizá una parte particular de su cuerpo como el estómago, los pechos o las piernas las sientan muy grandes, su intento inicial es “perder algunos kilos”, en un principio los pacientes evitarán dulces, y alimentos altos en calorías, su conducta será recompensada y aprobada por su familia y amigos, particularmente en nuestra sociedad donde esto puede ser un signo de tener “más en control”. Sin embargo, cuando la meta de peso ha sido alcanzada, la paciente se sigue sintiendo con sobrepeso y entonces gradualmente decide restringir aún más su ingesta de alimentos (Garfinkel & Garner, 1982; Toro & Vilardel, 1987).

En un sentido general, esto puede tomar varias formas, de manera más común cada paciente niega la extensión de su pérdida de peso, sienten que mientras han perdido peso generalmente una parte de su cuerpo permanece grande aún (Toro, 1996).

La AN y la BN presentan rasgos similares, pero Sherman y Thompson (1999) hablan de varias formas para diferenciarlas. Una diferencia se basa en la negación del problema: la anoréxica niega a los demás y a si misma que exista el problema, de alimentación anormal; mientras que por lo general, la bulímica rechaza la existencia del problema ante los demás, pero reconoce que sus hábitos alimenticios no son normales. Otra diferencia es que la anoréxica está siempre por abajo de su peso normal (15% o más) y la bulímica puede estar en su peso normal, abajo de él o en sobrepeso. La anoréxica y la bulímica tienen distorsión de la imagen corporal pero la distorsión de la anoréxica llega a

ser más seria que la de la bulímica. Y por último la anoréxica desea perder más peso; mientras que la bulímica quiere tener un peso o una figura adecuada.

Es importante señalar que la AN y la BN también tienen diferencias en el aspecto emocional, de acuerdo con Casper (1998), cada uno de estos trastornos presenta un modelo en su relación con la psicopatología. Las pacientes con bulimia y anorexia de tipo purgativo, presentan índices más altos de depresión que las pacientes con anorexia de tipo restrictivo. De acuerdo con Tyrka, Waldron, Graber, y Brooks-Gunn (2002), el perfeccionismo inicial y el peso corporal bajo predicen el inicio de la anorexia, mientras que las emociones negativas predicen el inicio de la bulimia. Los autores sugieren que las adolescentes que son inicialmente delgadas y también poseen estándares perfeccionistas pueden tener un mayor riesgo para desarrollar la anorexia. Para la bulimia, el afecto negativo puede contribuir al desarrollo del ciclo de atracones.

Con respecto a la conducta alimentaria pueden aparecer diversos síntomas. En las pacientes con anorexia los síntomas pueden ir acompañados por un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), que implica estar pensando todo el tiempo en el proceso de llevar a cabo una dieta, fijándose en las calorías que contiene cada alimento, seguido de preocupación por el peso y la comida, que se manifiesta en no comer o en comer poco y posteriormente llevar a cabo alguna práctica compensatoria, además de una serie de creencias distorsionadas, llamadas “ideación mágica” (Lavender, Shubert, De Silva & Treasure, 2006).

Algunos casos con AN alternan entre no comer y la BN. Ha sido largamente reconocido que la BN ocurre en algunas pacientes anoréxicas. Las pacientes bulímicas están usualmente más afligidas y angustiadas con su conducta y viven una intensa sensación de autocontrol durante la dieta, y una total carencia de control en el episodio bulímico, acompañado de una intensa sensación de culpa y de vergüenza, durante esta etapa una serie de alimentos que son “prohibidos” por la dieta, son vorazmente consumidos, después del atracón, algunas pacientes restringirán su ingesta de comida por varios días, mientras que otros empezarán a vomitar o usar laxantes con el propósito de evitar la ganancia de peso; el ciclo bulimia-vómito puede durar muchas horas, un individuo puede vomitar varias veces en el curso de una noche (Sherman & Thompson, 1999).

Las pacientes con BN tienen muchas características que las diferencian de las anoréxicas restrictivas, aunque tienen en común el deseo de bajar peso, y el miedo intenso a engordar para ser aceptadas por los demás y sobre todo por ellas mismas; sin embargo, cada una tiene su propia manera de manejar sus controles patogénicos de alimentación. Los rasgos psicopatológicos de la AN también son una de las principales causas de su origen, estos rasgos están cercanamente relacionados con el intenso miedo que la anoréxica tiene hacia la obesidad, y de perder el control (Keel, Haedt & Edler, 2006). Mientras que nuestra cultura está preocupada por el deseo de delgadez, la anoréxica deja que esto domine su vida, ella se llega a sentir atemorizada de cualquier indicio real o imaginario de grasa en su cuerpo, incluso en lugares donde la grasa es almacenada normalmente, mientras evita comidas y el comer para reducir su tamaño corporal, ella llega a incrementar su preocupación sobre pensamientos de alimentos y todo lo relacionado a las comidas, incluso puede picar, preparar y manipular la comida, pero sin ingerirla (Toro & Vilardel, 1987).

1.4 Trastornos de la conducta alimentaria en los varones.

Aunque generalmente se manejan los TCA como una situación exclusiva de las mujeres, se ha llegado a reportar aunque en menor grado la presencia de éstos en varones. Esto llega a ser un dato muy importante porque ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina, que haga que las mujeres sean las únicas que padezcan estos problemas. La AN en el varón aparece también en la pubertad y su pronóstico llega a ser similar al de las mujeres. Al igual que ellas, la aparición de la AN en el varón llega a presentarse de manera insidiosa, los jóvenes empiezan por proponerse un plan de adelgazamiento para “ponerse en forma”, que incluye una dieta estricta y un incremento del ejercicio físico (Crispo, Figueroa & Guelar, 1998; Muise, Stein & Arbess, 2003; Toro, Castro, Gila & Pombo, 2005).

Para el varón adolescente con TCA su problema llega a ser parecido al de las mujeres. Los factores de riesgo en ambos sexos son muy parecidos, tales como: baja autoestima, afecto negativo, perfeccionismo, deportes que enfatizan la delgadez, así como también relación con uso de drogas, y presión de sus padres y compañeros, para tener una figura delgada (Ricciardelli & McCabe, 2004a).

Wiseman, Peltzman, Halmí, y Sunday (2004) mencionan que mujeres y hombres presentan varias similitudes y disimilitudes, mientras que ambos presentan el mismo grado de baja autoestima, y de insatisfacción corporal, la diferencia es que en los hombres el índice de masa corporal se encuentra positivamente relacionado con el deseo de delgadez, en tanto que en las mujeres a mayor deseo de delgadez se presenta menor autoestima.

Al igual que las pacientes que presentan estos problemas, Crispo et al. (1998), refieren que los hombres que desarrollan TCA tienen varias causas por las que llegan a adquirirlos, las más comunes son:

1. Historias de obesidad que los ha convertido en objeto de burlas en algún momento.
2. La fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos o
3. La obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo (página, 39).

Andersen (1999) señala que los hombres hacen dieta para dar forma a su cuerpo, no para cambiar de peso. Entre las razones que se han argumentado se encuentran:

1. Evitación de la gordura.
2. Mejoramiento en la ejecución de los deportes.
3. Evitación de enfermedades médicas.
4. y por razones subyacentes a la homosexualidad (p. 220).

Los hombres a menudo presentan síntomas bulímicos por razones específicas y personales que son menos reconocidas por los clínicos. Un número significativo de varones con TCA, es homosexual lo que no significa que sean los únicos en presentarlo. Probablemente tiene que ver, en que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual en cuanto a su presentación física, más bien se le exige sea fuerte por lo que los kilos de más no interfieren, en cambio para el homosexual masculino, la apariencia es un valor apreciado igual que en el mundo femenino (Wichstrøm, 2006).

De acuerdo con Molina (2007), se ha llegado a encontrar que en algunos casos, los hombres con adicción al ejercicio, insatisfacción corporal y con preocupación por su peso pueden presentar “anorexia inversa”, (en lugar de percibirse obesos, se autoperciben delgados, sin músculo).

Un grupo significativo de varones con TCA lo representan aquéllos que tienen la presión de mantener un peso fijo debido a su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta (Baum, 2006). En esta categoría se encuentran los fisicoculturistas, que desean obtener un ideal mesomórfico y delgadez, y han reportado significativamente más insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la forma, y trastornos alimentarios comparados con grupos atléticos y no atléticos. Este problema también se ha detectado en grupos de corredores de caballos y boxeadores, por mencionar algunos. También se encuentran en este grupo los bailarines a quienes se les exige el mantenimiento de un peso más bien bajo, y son cifras que van en aumento (Goldfield, 1999).

En México se han llevado a cabo estudios con el propósito de conocer la presencia de síntomas de TCA en varones, en el primero de ellos Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000), en una muestra de 1646 hombres, encontraron que 15% realizaban dieta restringida y 12% decían comer menos de las cantidades adecuadas de alimento.

Por otra parte en una muestra de 100 varones universitarios, el 2% se encontró con los síntomas (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla-Díaz, 2002). En un segundo

estudio realizado con una muestra mayor de 511 participantes 16.4% de los varones presentaban síntomas de TCA (Vázquez, López, Mancilla-Díaz, Álvarez & Franco, 2004).

Aunque los TCA han existido desde hace tiempo, es en la época actual que constituyen un problema de salud cada vez más frecuente y ya no se limitan solo a las mujeres adolescentes, sino que está abarcando más sectores de la población, cada vez más influidos por los medios de información que se empeñan en promover una figura delgada como saludable (Toro et al., 2005).

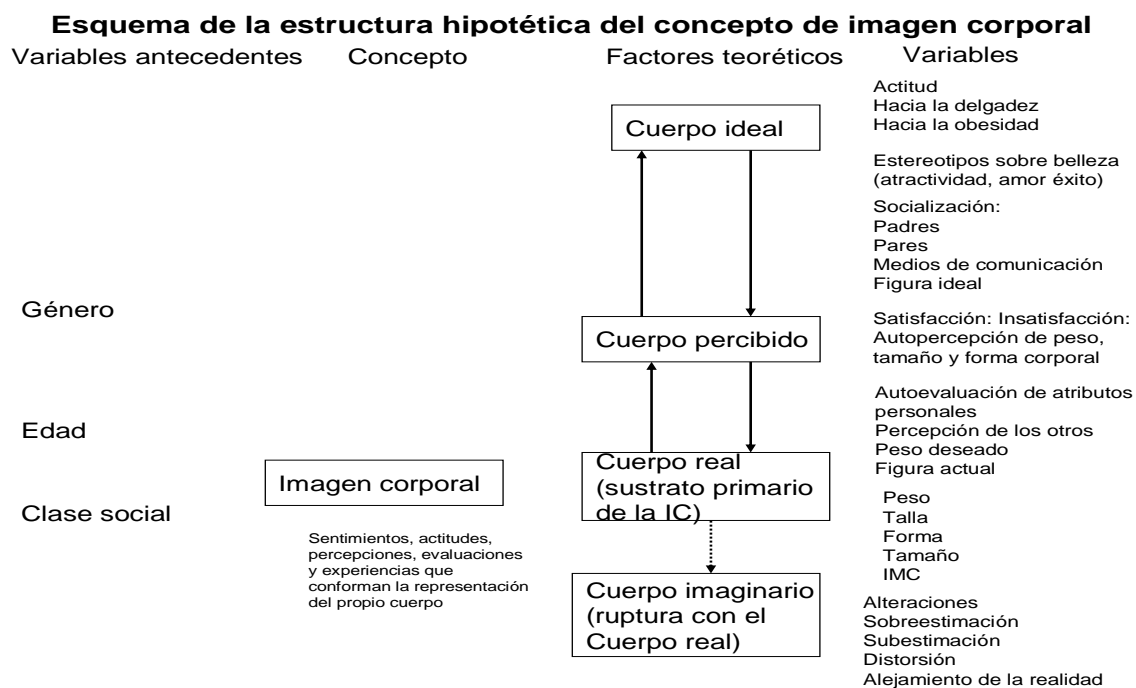
Capítulo 2. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Existen diferentes factores que inciden en el desarrollo de un Trastorno Alimentario (TA), entre éstos se encuentran factores socioculturales, familiares e individuales, tales como, afecto negativo, baja auto estima, insatisfacción corporal, así como, aspectos biológicos y cognitivos, pero ninguno de ellos es por sí mismo suficiente (Polivy & Herman, 2002). Se necesita de una combinación de estos factores, para que adquieran características particulares en cada caso. Sin embargo que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es mejor verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo (Crispo et al., 1998).

Una de las clasificaciones más frecuentemente utilizada es la de Garner y Garfinkel (1982). De acuerdo con estos autores, los factores que intervienen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en predisponentes, precipitantes y perpetuantes:

- Factores predisponentes. Socioculturales, familiares e individuales.
- Factores precipitantes Sucesos estresores, actitudes anormales hacia el peso y figura, dieta extrema y pérdida de peso
- Factores perpetuantes. Atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas

Otro modelo es el propuesto por Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001), este modelo propone cuales con las variables antecedentes, así como los factores teóricos en la imagen corporal.



2.1 Factores predisponentes.

En ambos trastornos (anorexia y bulimia nervosas) los estudios familiares y de concordancia gemelar apoyan la existencia de factores genéticos (Silberg & Bulik, 2005). Desde la perspectiva individual, las complicaciones perinatales, los acontecimientos estresantes tempranos, la edad, el sexo, así como la obesidad previa son factores antecedentes. Dentro de los factores familiares, encontramos antecedentes de trastornos depresivos, obsesivos, alteraciones en la dinámica familiar, dependencia parental y preocupación familiar por la apariencia (Chinchilla, 1995; Toro, 1996).

2.2 Factores predisponentes socioculturales.

El impacto patogénico que ejercen los medios de comunicación como televisión y medios de comunicación impresos en estos trastornos, con su innegable influencia mediática en la génesis y el posterior mantenimiento de estos trastornos (Guerro-Prado, Barjau & Chinchilla, 2001), parece ser en parte el resultado de un bombardeo continuo con mensajes acerca de la belleza, como frecuente sinónimo de esbeltez, que es lo que realmente importa y que las mujeres siempre deben poner todo su empeño en verse tan bien como puedan. Como señalan Sherman y Thompson (1999), si se nos muestra o se nos dice algo durante mucho tiempo y con suficiente frecuencia, tendemos a creerlo, aunque a veces no sea cierto. El ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de la voluntad de seguir siendo joven. La glorificación de la juventud y del estereotipo ideal de belleza es tal, que no importan los medios, artificiales o no, para preservar el mayor tiempo posible la presencia de una tierna edad (Jáuregui, 2006).

Las mujeres creen en ese mensaje de mujer moderna y a diferencia de los hombres, tienden a echarse la culpa si algo no les sale bien, se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de la mujer que venden los medios, se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen son las únicas expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad, la confianza en sus recursos, en lo que si tienen de valioso, su capacidad de ser buenas mujeres, esposas o madres o buenas amigas, buenas empleadas o buenas compañeras de trabajo, intentan entonces demostrarse a sí mismas que

si pueden lograr lo que se proponen (Pecharromás, Barros, Hernández, & Fernández, 2006).

Toda esta situación se ve aumentada con los numerosos prejuicios contra los obesos. Chinchilla (1995) realizó un estudio que consistió en enseñar a un grupo de alumnos de bachillerato los currícula vitae de diversos candidatos a un empleo, facilitando una fotografía o una descripción escrita de los candidatos en cuestión, los obesos obtuvieron peores puntuaciones que los delgados; lo que constituye una prueba de prejuicio contra los obesos, y esto únicamente por su peso, pues las cualidades de los candidatos eran equivalentes en los puntos intelectuales (Guillemot & Laxenaire, 1994).

2.3 Factores predisponentes familiares.

Una posible predisposición a los TCA es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma independiente de la familia o de otros patrones externos, p. ej. jóvenes que viven muy dependientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de los padres, o de darles satisfacción (Crispo et al., 1998). Así mismo influyen en las interacciones entre padres e hijos, el tipo de funcionamiento familiar (De Vega, 2000). Cuando no hay armonía conyugal, tendencia a la sobreprotección y rigidez ante la enferma de un trastorno de la conducta alimentaria (y también hacia el resto de sus hermanos que no necesariamente van a padecer anorexia) se dificulta de gran manera su autonomía, así

mismo la existencia de temas conflictivos no resueltos entre ellos, así como frecuentes frustraciones llevan a que exista una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación (Chinchilla, 1995).

Para Sherman y Thompson (1999), la mayoría de las familias conceden una gran importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico, y quizá los padres se someten a dietas con frecuencia o comentan sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de otros. Espina, Ortego, Ochoa y Alemán (2001) encontraron que pacientes con trastornos alimentarios así como sus padres y madres, presentaban un mayor nivel de alexitimia a comparación de familias con hijas sin estos trastornos. La alexitimia parece ser una característica de las familias con trastornos alimentarios, quedando por probar si es un rasgo para el desarrollo del trastorno o ya es un estado debido al mismo.

La forma en que se da la interacción familiar llega a ser otro factor para el desarrollo de TCA. Las madres que tienen elevados niveles de perfeccionismo y están más preocupadas con su peso y su figura corporal, tienen más probabilidad que sus hijas presenten un TCA (Woodside et al., 2002). En un estudio llevado a cabo por Toro et al. (1995) no encontraron diferencias en pacientes con y sin AN tomando en cuenta variables tales como separación de los padres, orden de nacimiento, nivel educativo de los padres o grado de conflicto entre padres y pacientes, aunque las pacientes diagnosticadas con AN tenían un mayor rendimiento escolar y presentaban mucho más retraimiento social.

2.4 Factores predisponentes individuales.

Varios factores individuales han sido estudiados en relación con el desarrollo de los TCA. Se ha discutido, el papel que puede jugar el aspecto de la vulnerabilidad genética en el origen del problema (Rodríguez, Fernández, Lalaguna, González, & González-Pinto, 2001). Kaye, Devlin, y Barbarich. (2006), encontraron en una muestra de 365 participantes, que el 35% de las pacientes diagnosticadas con AN presentaban un antecedente familiar con la misma problemática, mientras que el de las personas que presentaban BN tenían un 20% en un antecedente familiar de este trastorno.

Los trastornos de los sistemas neurotransmisor, neuropéptido y neuroendócrino, se han reportado como posibles agentes causantes en la etiología de los TA además de ciertos genes (Grice et al., 2002; Hinney, Remschmidt & Hebreband, 2000).

Sher (2001) sugiere que existe una relación entre los TCA y el trastorno afectivo estacionario. También le atribuyen un origen genético, se ha hipotetizado que los TCA están relacionados en pares de gemelos, sugiriendo que las características de personalidad pueden representar sólo algo de los varios riesgos genéticos para los TCA (Klump, McGue & Iacono, 2002). Se han encontrado rasgos biológicos en el desarrollo de TA. Kaye et al. (2001) han descubierto que las mujeres con una historia de BN muestran diferencias importantes en la regulación de una hormona de su cerebro que controla el apetito y el

humor. Estas diferencias podrían sugerir una susceptibilidad innata al TCA. El cerebro de las pacientes con BN muestra una reducción de la capacidad de serotonina para unirse a sus receptores en ciertas regiones del cerebro. También se reportan casos de AN cuando hay lesiones en el hemisferio derecho frontal (Trummer, Eustacchio, Unger, Tillich & Flaschka, 2002). Los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. En los últimos años la prevalencia de estas enfermedades ha aumentado alarmantemente y también se ha descrito un inicio a edades cada vez más precoces.

Olza et al. (2000) reportaron las características de 470 casos con TCA a lo largo de 20 años. Estos se distribuyeron en un rango de edad de 10 a 24 años y aproximadamente el 15% eran menores de 14 años. En el momento en que se hace el diagnóstico, las adolescentes que son inicialmente delgadas y también poseen estándares perfeccionistas tienen un mayor riesgo para desarrollar tanto la AN, como la BN. Se encontró que el afecto negativo puede contribuir al desarrollo del ciclo de atracones, (Tyrka et al., 2002). Las pacientes con AN son muy propensas a darse a los demás desinteresadamente sufriendo bastante cuando se sienten injustamente pagadas, con escasas amistades y con poco tiempo para divertirse por su gran sentido del deber y responsabilidad; la amistad o relaciones con los chicos se polariza hacia lo espiritual, rara vez son casadas, por otra parte suelen ser coquetas y presumidas (Chinchilla, 1995).

2.5 Factores precipitantes.

Entre los factores precipitantes de la AN se encuentran los acontecimientos estresantes como separaciones, o pérdidas familiares, fracaso en experiencias emocionales y/o sexuales (Chinchilla, 1995) y otras experiencias que son vividas como un fracaso personal a las que se les atribuye un valor desencadenante como problemas en el aspecto afectivo, o inicio de asistencia a la escuela o cambio académico (Conde, Ballesteros, Blanco, Medina & Imaz, 2001). En la BN, los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales, pero al igual que en la AN, son situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que previamente han quedado asociadas a los atracones (Toro, 1996).

El anhelo de delgadez, agregado a la insatisfacción corporal y a las dietas que se llevan a cabo son factores precipitantes de los TCA, debido al incremento en nuestra sociedad de querer conseguir todo fácil y rápido y sin esfuerzo, sumado a la constante tendencia de que lo estético y lo superficial son los mejores valores. Por ejemplo, cada vez se ven más mujeres y hombres con cuerpos esculturales a costa de cirugías, dietas de cualquier índole o pastillas de dudosa procedencia (Vélez & Herrasti, 2002).

Las actitudes hacia el propio cuerpo y la percepción de los otros, juegan un papel importante en los factores individuales y en las actividades de lo interpersonal; en la

diferencia entre la masculinidad y la femineidad, en la manera en que uno viste, en el prejuicio racial, y en muchos otros aspectos de la vida diaria.

La puesta en marcha de los TCA se desencadena, como ya se había señalado, por factores personales (como respuesta a comentarios negativos o descalificaciones sobre el propio cuerpo, exageración vivencial de apelativos y motes en el seno familiar acerca de la figura, vergüenza acerca del cuerpo por comentarios obscenos hacia el mismo, (Wildes, Simons & Marcus, 2005), conflictos sentimentales con ruptura o pérdida de pareja por el cuerpo (Chinchilla, 1995). La constante preocupación acerca del cuerpo es un factor de riesgo para adquirir TCA (Thompson, 1996). Muchas mujeres que tienen un comportamiento alimentario normal sobreestiman su tamaño corporal y en algunos casos lo sobreestiman considerablemente más que las mujeres con trastornos alimentarios, especialmente cuando miran el ancho de sus caderas y su cuerpo de perfil. Las personas con sobrepeso tienden a estar insatisfechas con su peso y su figura (Abraham, 1994).

Burrows y Cooper (2002) reportan que las mujeres preadolescentes con sobrepeso estaban más preocupadas con su figura, con su peso, más a menudo intentaban hacer dieta restringida tenían una autoestima negativa relacionada con su competencia atlética y su apariencia física, además de más síntomas de depresión, a comparación de un grupo control de mujeres preadolescentes con un peso promedio.

Moller y Bothma (2001) han relacionado la insatisfacción corporal con las ideas irracionales que propone la Terapia Racional Emotiva. Los grupos con trastornos alimentarios e insatisfacción corporal mostraron tendencias hacia la catastrofización, baja tolerancia a la frustración y autoestima negativa comparados a las del grupo control.

2.6 Factores precipitantes estresores.

Entre los rasgos precipitantes estresores que se ha encontrado ser desencadenantes para desarrollar un TCA, se encuentra la psicopatología asociada a estos trastornos, presentando varios rasgos que son comunes a varios pacientes (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997). La obsesividad puede jugar un rol importante en el desarrollo y el curso de los TCA (Grilo, 2002; Tomotake & Ohmori, 2002; Toro et al., 1995). Según Milos, Spindler Ruggiero, Klaghofer y Schnyder (2002), la obsesividad está asociada a una larga historia de TCA, y su prevalencia no difirió entre sujetos con BN y AN. Las mujeres bulímicas suelen señalar que pasan hasta el 95% de sus horas de vigilia, pensando que comer, cuando comer, como excederse sin que las sorprendan, donde y cuando vomitar (Sherman & Thompson, 1999) Estas pacientes se preocupan por conocer de manera exacta el contenido calórico de todos los alimentos, las posibilidades de dietas, etc. Si en un principio les preocupaba la apariencia física para sí y para los demás cuando el cuadro ya está bien establecido ya es sólo el peso el que les importa y se obsesionan con este aspecto, buscando por ello casi a diario su medición ante la mínima sospecha de aumento (Chinchilla, 1995).

La depresión también es un factor precipitante estresor en el desarrollo de TCA. (Speranza, Corcos, Atger, Paterniti & Jeammet, 2003; Vaz, Peñas-Lledo, Guisado, Ramos & López-Ibor, 2001). La depresión durante la adolescencia temprana está asociada con elevado riesgo de comenzar restricción dietaria, y conducta purgativa. Entre las pacientes anoréxicas que hacen ejercicio excesivo se ha encontrado constantemente un alto nivel de depresión, niveles de ansiedad y somatización (Peñas-Lledo, Vaz & Waller, 2002). En la BN, la depresión desempeña un papel importante en su desarrollo y en su mantenimiento, consecuentemente es probable que una persona que está predispuesta a la depresión sea más propensa a desarrollar bulimia que una que no lo está. Se cree que esta predisposición se transmite genéticamente; sin embargo, algunos pacientes pueden heredarlo y otros no (Zaider, Johnson & Cockell, 2000).

Se ha sugerido recientemente que los sentimientos de enojo se relacionan con los TCA y los pacientes con BN mostraron más sentimientos de enojo que aquéllos con AN. Clínicamente la impulsividad parece ser el elemento psicopatológico más fuertemente relacionado con el enojo (Fassino, Daga, Piero, Leombruni & Rovera, 2001). Según Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri y Vertommen (2006), los pacientes con AN de tipo purgativo y BN es más probable que presenten índices muy altos de impulsividad. La relación de la impulsividad con conductas de tipo purgativo se confirmó en otro estudio realizado por Rosval et al. (2006).

2.7 Factores perpetuantes.

Los factores perpetuantes de los TCA pueden darse a nivel fisiológico, con alteraciones hipotalámicas (que provocan la disminución de la regulación de la temperatura), de la hormona pituitaria y de los centros de hambre-saciedad. Así mismo las actitudes y la preocupación hacia la comida, la conducta de atracones y purgas y la hiperactividad (que se realiza más en solitario o a escondidas, en bicicletas, paseos, etc.) son factores que favorecen que esas conductas se mantengan (Chinchilla, 1995).

Las investigaciones realizadas en los últimos años han generado consenso en relación a que muchos de los síntomas que presentan las personas que tienen un TCA resultan de su estado de inanición. Al hablar de estos síntomas nos referimos tanto a las secuelas físicas como también a muchos aspectos psicológicos más característicos de las personas con estos trastornos. La gente con TCA presenta idénticas características psicológicas y conductuales que las personas que han estado sometidas a situaciones de restricción alimentaria, natural o experimentalmente (Crispo et al., 1998).

Para conseguir esa progresiva pérdida de peso recurren a restringir intensamente la ingesta, realizar ejercicio físico de forma exagerada (Peñas et al., 2002) o utilizar conductas de purga tales como los vómitos auto-provocados, los laxantes y los diuréticos. Estas pacientes ponen resistencia a la recuperación al no valorar correctamente la gravedad de su

problema. Los atracones de alimentos en la AN es probablemente una respuesta desencadenada hipotalámicamente por el estrés de la dieta autoimpuesta (Chinchilla; 1995, Muñoz & Turón, 2002; Wardle, Waller & Rapoport, 2001).

Numerosas son las consecuencias fisiológicas y psicológicas de los TCA, provocando muchas veces un daño grave, permanente o irreversible. El hecho de que los TCA surjan en una etapa temprana de la adolescencia, a menudo sigue un curso que puede privar al individuo de un adecuado desarrollo en sus aspectos social, emocional y biológico que normalmente ocurriría en este periodo de su vida. Entre sus consecuencias fisiológicas los TCA provocan daño neurológico, fatiga crónica, síntomas cardiovasculares (Gilbert, 2005; Vázquez, Olivares, Fleta, Lacambra & González, 2003). También hay complicaciones médicas serias en el sistema endócrino, esto es en general resultado de la respuesta adaptada del cuerpo a la malnutrición, incluyendo desórdenes del metabolismo disfunción de la tiroides, regulación de la glucosa, crecimiento y desarrollo, (Bulik, 2002; Jhonson, Cohen, Kasen & Brook, 2006; Kohn & Golden, 2001; Levine, 2002), así como otras complicaciones endocrinológicas y metabólicas (Benito & Diéguez, 2007). Uno de los problemas o efectos colaterales más graves es el desequilibrio de los electrolitos, las purgas provocan una reducción de potasio, cloruro y sodio en los electrolitos, de hecho los electrolitos son iones cargados eléctricamente necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo, aunque son muchos los problemas que pueden resultar de un desequilibrio electrolítico los más graves son las irregularidades cardiacas o incluso la muerte (Sherman & Thompson, 1999).

También se han encontrado complicaciones gastrointestinales en pacientes con TCA. De Caprio, Pasanisi y Contaldo (2000) reportan un caso de un paciente con BN quien presentaba lesiones gástricas a causa del vómito repetido, como perforación del esófago y del estómago. También se llega a presentar atrofia de los músculos del tracto gastrointestinal (Zipfel et al., 2006). Otra consecuencia importante es la presencia de amenorrea e infertilidad producto de la pérdida de peso, (Gilbert, 2005) en el varón la equivalencia sería la pérdida de potencia sexual y de la libido, la amenorrea puede aparecer precozmente en la enfermedad antes de haber ocurrido una gran pérdida de peso, y la menstruación está ausente en las mujeres demacradas (Vyver, Steinegger & Katzman, 2008).

Las pacientes con TCA, llegan a tener un mayor desarrollo de osteoporosis (Castro, Toro & Lázaro, 2000; Mehler, Sabel, Watson & Andersen, 2008; Winston, Alwazeer & Bankart, 2008), y como consecuencia mayor riesgo de presentar fracturas (Castro et al., 2000; Vestergaard et al., 2002), el riesgo de fractura llega a persistir más de diez años después del diagnóstico, también se ha encontrado que hay un significativo riesgo de fractura antes del diagnóstico de la BN, con tendencia a incrementarse después del diagnóstico. Además el riesgo de la fractura puede incrementarse si se ha diagnosticado daño esquelético permanente. Las personas con un diagnóstico de trastornos alimentarios presentan una densidad mineral ósea menor a comparación de las personas sin este diagnóstico (Morris et al., 2004; Vestergaard et al., 2002).

Otra consecuencia fisiológica de los TCA son los signos dermatológicos (Mitchell & Crow, 2006; Strumia, Varotti, Manzato & Gaulandi 2001; Tyler, Wiserman, Crawford & Birmingham, 2002). Las más frecuentes manifestaciones cutáneas fueron soriasis, cambios en las uñas, acné, gingivitis, prurito generalizado, hiperpigmentación y dermatitis, además los pacientes con TCA, manifiestan una insatisfacción con la apariencia de su piel (Gupta & Gupta, 2001; Strumia et al., 2001).

Debe señalarse que son las profundas alteraciones perceptivo-cognitivas de verse obesas aún estando esqueléticas, las que hacen que evolucione el cuadro con cada vez peores consecuencias; al hallarse en este estado la paciente tiene mayor sensibilidad a la luz, los sonidos, los colores, a medida que aumenta el hambre (Duker & Slade, 1995). En el aspecto sexual disminuye el interés y el deseo cuando se deja de comer adecuadamente por un periodo prolongado, esto refleja el cambio hormonal que se verifica en mujeres y varones al perder peso, después de rebasar cierto punto se inhibe la secreción de hormonas reproductoras y desde el punto de vista endocrinológico la persona malnutrida entra a un estado de preadolescencia (Duker & Slade, 1995).

Para Chinchilla (1995) las consecuencias de los vómitos repetidos y el uso de laxantes derivan en problemas dentales, regurgitación, esofagitis, infección de glándulas salivales, hernia de hiatos, deshidratación, inflamación intestinal, cólicos y diarreas.

Las principales consecuencias psicológicas de los TCA son pérdida de la capacidad intelectual. La inanición deteriora el funcionamiento intelectual reduciendo poco a poco la capacidad de pensamiento complejo, a medida que avanza la malnutrición y se pierde peso, las ideas se vuelven simples, hay un estrechamiento en la inteligencia al estar pensando operativamente solo o fundamentalmente en la comida, conforme se pierde peso también disminuye la capacidad para concentrarse, este cambio lo nota la persona que ya no lee con facilidad o se distrae al trabajar o estudiar, si se prolonga la restricción de alimentos y la enferma adelgaza en grado exagerado otras funciones cerebrales también resienten los efectos, se reducen la memoria, se pierde la capacidad para ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas o que requieren gran dedicación, y la capacidad de controlar los movimientos corporales (Duker & Slade, 1995).

Los adolescentes con TCA tienen un riesgo sustancialmente elevado para sufrir trastornos de ansiedad (Hinrichsen, Waller & Emanuelli, 2004; Johnson et al., 2006), insomnio (Johnson et al., 2006), trastornos depresivos (Corcos et al., 2002; Johnson et al., 2006; Marmorstein, Von Rason, Iacono & Malone, 2007), que pueden derivar en intentos de suicidio durante la edad adulta (Stein, Lilienfeld, Wildman & Marcus, 2004). Corcos et al. (2002) en un estudio para estimar la frecuencia en el transcurso de la vida de los intentos de suicidio en una muestra de 295 mujeres con BN: con BN de tipo purgativo (202) de tipo no purgativo (68) y con AN y atracones (25). Encontraron que los intentos de suicidio fueron frecuentes (82%) en las mujeres, y a menudo serios y/o múltiples. Las mujeres que habían intentado suicidarse se diferenciaron perceptiblemente de las que no, en el inicio anterior de la psicopatología, presentaron una severidad más alta de los síntomas depresivos

y generales, y más conductas impulsivas. Youssef et al. (2004) en otra investigación proporcionan interesantes resultados en relación con los rasgos de la personalidad de mujeres jóvenes con trastornos de la alimentación y comportamiento suicida. Los autores reportan que las estudiantes y las que presentan un comportamiento purgativo son las que están en mayor riesgo. Además las pacientes pueden llegar a presentar conductas autodestructivas (Paul, Schroeter, Dahme & Nutzinger, 2002; Vaz et al., 2001).

Bydlowski et al. (2005) encontraron en una investigación que los pacientes con TCA exhibieron cuotas más altas de alexitimia y un nivel de conciencia de sus emociones más bajo, con incapacidad para identificar y describir sus propias emociones, así como un deterioro en la mentalización de otras experiencias emocionales.

Los trastornos de ansiedad son factores que desencadenan y mantienen el curso de los TCA a lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos; el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente y rara, las ambigüedades o incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural a favor del adelgazamiento temido-deseado, las intervenciones médicas acertadas o iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social subjetivo las molestias y el deterioro físico progresivo. Todos estos pensamientos e interpretaciones, tienen como resultado mantener y aumentar la ansiedad (Toro & Vilardel, 1987).

Capítulo 3. Deporte y trastornos alimentarios.

La actividad física en general y el deporte en particular constituyen actividades y fenómenos profunda y extensamente instaurados en nuestra sociedad occidental actual. Es uno de los fenómenos socioculturales más importantes, contradictorios e influyentes del presente siglo. Dicha actividad se encuentra presente y afecta la vida de una cantidad indeterminada de personas, de varias edades y generaciones, ya sean éstos quienes lo practican, quienes lo dirigen, lo juzgan, analizan, enseñan o simplemente, meros espectadores. Esta actividad ocupa un gran espacio en nuestra sociedad, lo que sucede en y alrededor del deporte es cobertura diaria en medios noticiosos, incluso sobrepasando en amplitud a tópicos tan importantes como es la economía de un país (Soto, 2001).

Etimológicamente la palabra deporte deriva de *dis* y *portare*, sustraerse del trabajo. Esta derivación de la palabra, implica que el deporte es diversión. Luther 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 distinta actitud que se adopta (Lawther, 1978).

El deporte puede definirse como un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por el placer y recreación de la actividad misma y practicada por lo general de acuerdo con formas tradicionales o conjunto de reglamentaciones. Puede ser o no

competitivo, aunque esta condición parece añadirle interés e introduce incentivos adicionales y motivacionales que aumentan, el valor de su práctica. En el deporte la actitud es de juego, y la satisfacción reside no tanto en los resultados como en la misma experiencia, si bien los resultados placenteros aumentan casi siempre el deleite de participar (Lawther, 1978).

3.1 Ventajas del deporte.

Muchos son los factores que afectan los niveles de rendimiento deportivo alcanzados por el individuo. La edad en que comienza a participar es uno de ellos, el medio social en el que se crió y la actitud de sus padres y amigos, tanto de su edad como adultos, son también factores importantes (Lawther, 1978).

La actividad física es sumamente recomendable, por lo menos practicada con regularidad, en cualquier etapa del desarrollo. Cada época de la vida tiene una serie de actividades físicas especialmente recomendables. Por ejemplo son varios los trastornos y enfermedades que pueden prevenirse o verse disminuidos a través del ejercicio físico: osteoartritis (Hurley, Mitchell & Walsh, 2003); hipertensión (Melzer, Kayser & Pichard, 2004; Westhoff et al., 2008); cardiopatías (Giannuzzi et al., 2003; Rivera, Londoño & Sierra, 2003); diabetes (Hayes & Krista, 2008; Hu, Lakka, Kilpeläinen & Toumilehto, 2007; LaMonte, Blair & Church, 2005); obesidad (Jakicic & Otto, 2005; Lakka &

Bouchard, 2005); trastornos dorso lumbares (Aure, Nilsen & Vasseljen, 2003; Rydeard, Leger & Smith, 2006); así como trastornos emocionales (Kantomaa, Tammelin, Bbeling & Taanila, 2008; Kiluk, Weden & Cullota, 2009), o sentimientos negativos tales como: cólera, desprecio, disgusto, tristeza, hostilidad, miedo, vergüenza, timidez y culpa (Toro, 2004).

Autocontrol, autodisciplina, seguimiento de instrucciones y reglas, autoestima y otros hábitos saludables así como respeto al horario de las comidas y una alimentación equilibrada, se ven incrementados por la práctica de deporte (Jiménez-Castuera, Cervelló-Gimeno, García-Calvo, Santos-Rosa & Iglesias-Gallego, 2007; Strelan, Mehaffey & Tiggemann, 2003).

Se ha encontrado que la autoestima en los deportistas adolescentes sirve como un factor de prevención para problemas de imagen corporal, TCA, y produce grandes mejorías en satisfacción corporal, dieta, pérdida de peso y actitudes hacia los trastornos alimentarios (O' Dea, 2001). Los atletas que pueden aprender a manejar sus vidas, que pueden tener crecimiento y desarrollo como individuos, y experimentan el deporte como un proceso positivo de aprendizaje disfrutarán su participación en la competencia y lo realizarán mejor (Murphy, 1995). La práctica regular de ejercicio está relacionada a una autoimagen más favorable, el ejercicio físico está relacionado a altos registros de bienestar físico y psicológico, resistencia a consumir drogas y alcohol, y bajos niveles de ansiedad y

depresión así como un incremento en actitud positiva y bienestar (Erkut & Tracy, 2002 & Kirkcaldy, Shephard & Siefen, 2002).

DiBartolo y Shaffer (2002) realizaron un estudio para examinar las actitudes alimentarias, satisfacción corporal, razones para el ejercicio y bienestar general con 94 mujeres atletas y 115 no atletas, encontrando que las atletas revelaron menos sintomatología de trastornos alimentarios, y más funcionamiento psicológico saludable, que las no atletas.

En otra investigación realizada por Smolak, Murnen y Ruble (2000) encontraron que los atletas de nivel no tan alto, habían reducido su riesgo de contraer trastornos alimentarios a comparación de atletas de deportes que enfatizan la delgadez y de no atletas. Concluyen que la participación atlética puede ser protectora contra los trastornos alimentarios.

Se ha hipotetizado que los participantes en deportes que no son de juicio, por ejemplo el básquetbol, pueden tener menos riesgo de desarrollo de TCA, a comparación con quienes participan en deportes de juicio, como la gimnasia, patinaje artístico o nado sincronizado (Zucker, Womble, Williamson & Perrin, 1999).

3.2 Riesgos del deporte.

Si el deporte llevado a cabo con regularidad y moderación tiene ventajas significativas, también puede representar un riesgo para algunas personas que lo practican (Muscat & Long, 2008; Sanford-Martens et al., 2005; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Toro (2004) propone criterios diagnósticos para el diagnóstico de la dependencia del ejercicio físico:

1. Ejercicio diario practicado de forma estereotipada que adopta una creciente prioridad sobre otras actividades.
2. Tolerancia creciente a la cantidad de ejercicio.
3. Síntomas de abstinencia afines a un trastorno del humor tras interrumpir el régimen de actividad física.
4. Los síntomas de abstinencia se resuelven mediante ejercicio físico.
5. Conciencia subjetiva de compulsión al ejercicio.
6. La pauta de ejercicio se reinstaura rápidamente tras un periodo de abstinencia. (pp. 253).

Así pues la interrupción del ejercicio físico regular produce un auténtico “síndrome de abstinencia”, por lo que es preciso convenir en el carácter potencialmente adictivo de la actividad física. Dentro de tal síndrome debe encontrar su justificación la aparición de sintomatología depresiva. Sin embargo puede haber una explicación alternativa: que el ánimo depresivo sea una manifestación de la pérdida del efecto antidepresivo ejercido por la actividad física persistente (Toro, 1996). La adicción se caracteriza por la dependencia de

la actividad y por la abstinencia que se presenta si se abandona. La dependencia se manifiesta en un predominio excesivo de la actividad en la vida del sujeto o costa de otras áreas importantes, como por ejemplo, la familia, los contactos sociales o el trabajo. También se ha encontrado que quienes presentan dependencia al ejercicio manifiestan pérdida de control cuando realizan su actividad. (Lejoyeux, Avril, Richoux, Embouazza & Nivoli, 2008).

La dependencia al ejercicio, muy probablemente estará asociada con TCA, y con la presencia de estrés psicológico (Bamber, Cockerill, Rodgers y Carroll, 2000; Lejoyeux et al., 2008). Se ha encontrado que quienes presentan dependencia al ejercicio reportan altos niveles de neuroticidad, impulsividad, baja autoestima, gran preocupación con su imagen corporal y el peso (Bamber, Cockerill & Carroll, 2000).

Hurst, Hale, Smith y Collins (2000) investigaron la dependencia al ejercicio en un grupo de 35 fisicoculturistas experimentados, comparados con 31 fisicoculturistas principiantes y 23 pesistas. El grupo de fisicoculturistas expertos mostró más dependencia al ejercicio, que los otros dos grupos, sin embargo mostraron menos niveles de ansiedad.

Los atletas que participan en deportes que exigen un peso y figura corporal determinados, algunos como remo, judo, tae kwon do o lucha, tienen más probabilidad de desarrollar TCA, precedidos de factores de riesgo tales como preocupación por el peso,

conductas alimentarias inapropiadas o distorsión de la imagen corporal (Montenegro, 2006).

Existen diferencias fisiológicas, neurohormonales entre anoréxicas deportistas y anoréxicas que no son deportistas. Comparando un grupo de 16 atletas con anorexia con otro de 8 personas sedentarias con anorexia; se observó que aquellas que tenían un nivel más bajo de gonadotropinas, un periodo más prolongado de amenorrea, antes de la pérdida significativa de peso como después de la rehabilitación y un peso más elevado en el momento de reinstaurarse la menstruación (variables observadas en el grupo de anoréxicas deportistas) (Litt & Glader, 1986)

Berry y Howe (2000) examinaron la presión social, autoestima, imagen corporal y ansiedad como factores de riesgo para desarrollar TCA en 46 atletas femeninas de alto nivel. La imagen corporal y la presión social predijeron significativamente la restricción alimentaria.

También se han realizado estudios sobre las características psicopatológicas de los atletas. Davis y Strachan (2001) examinaron a 144 atletas y 144 no atletas y no encontraron diferencias significativas entre los grupos de cualquier rasgo de psicopatología o síntomas relacionados a la alimentación. Esto sugiere que si un atleta tiene un TCA, su perfil psicológico no es diferente de otros con este desorden.

La suspensión o pérdida de la menstruación (amenorrea) en mujeres deportistas, es un hecho común, como también lo es el retraso de la menarquia más allá de los 16 años de edad en niñas y adolescentes practicantes de deportes y de la actividad física en general. La amenorrea es un síntoma clínico que indica una alteración del sistema reproductor con probable anovulación. Esta alta frecuencia de amenorrea en deportistas ha dado lugar a muchas especulaciones y escasos estudios. El estrés físico, junto con el estrés psicológico propio de la competición han sido algunas de las causas posibles más aludidas (Toro, 1996).

Otra condición que se ha llegado a observar con frecuencia en jóvenes atletas es la llamada “triada atlética femenina”, amenorrea, desórdenes alimentarios y osteoporosis. Es un síndrome que ocurre en mujeres físicamente activas en deportes que enfatizan una figura corporal determinada, la triada está causada por un desbalance entre energía entrante y energía gastada, provocando un decremento en la actividad física. (Beals & Meyer, 2007; Golden, 2002; Torstveit & Sundgot-Borgen, 2005)

3.3 Deporte y trastornos de la alimentación.

Los deportes son con frecuencia una causa de trastornos del comportamiento alimentario. Sobre todo aquellas disciplinas en las cuales se le exige al deportista una figura delgada o un peso determinado. Se han encontrado varios factores que inciden en el

desarrollo de los TCA en los deportistas, estos factores llegan a ser muy parecidos a los que se encuentran en la población en general (Díaz, 2005), sin embargo los deportistas presentan otros factores tales como la presión del entrenador, así como un excesivo entrenamiento o el inicio de una dieta a temprana edad para lograr la figura y el peso deseado (Montenegro, 2006; Patel, Greydanus, Pratt & Phillips, 2003). En otros términos puede decirse que cuando el cuerpo se convierte en el principal instrumento de trabajo del deportista se incrementa la vulnerabilidad a los trastornos de alimentación (Behar & Hernández, 2002). Por otra parte los deportistas que han recibido comentarios críticos acerca de su figura corporal y de su peso experimentan emociones negativas como vergüenza, ansiedad, perfeccionismo, culpa, hostilidad, miedo, trastorno obsesivo compulsivo y depresión (Díaz, 2005).

Dosil (2004), propone una clasificación de deportes que contienen un alto riesgo para el desarrollo de un TCA:

1. Deportes de estética. Son aquéllos en los que el aspecto físico y figura de los participantes se incluyen en la puntuación de los jueces, tales como gimnasia (Okano et al., 2005), nado sincronizado (Mountjoy, 2008) patinaje artístico (Ziegler et al., 1998).

2. Deportes de categorías. En los cuales el peso determina la participación en una u otra categoría, como son la lucha (Engel et al., 2003), el remo (Karlson, Becker & Merkur, 2001) y el judo (Rouveix, Bouget, Pannafieux, Champely, & Filaire, 2007).

3. Deportes de gimnasio. Existe una preocupación por mantener un cuerpo musculoso y atlético tales como fisicoculturismo (Davis & Scott-Robertson, 2000) y los aerobics (Dosil & Díaz, 2002).

4. Deportes de resistencia. Comprende los deportes en los cuales sus participantes se benefician de un bajo peso para mejorar su rendimiento como son el ciclismo (Ferrand & Brunet, 2004), la natación (Benson & Taub, 1993; Hernández-Alcántara & Gómez-Peresmitré, 2004) y el atletismo (Hausenblas & McNally, 2004).

El exceso de actividad física se observa con suma frecuencia en los TCA, especialmente en la AN. Kron, Katz, Gorzynski y Weiner (1978) fueron los primeros en prestar atención a este hecho. Los deportes son con frecuencia una causa de TCA. Muchos deportistas de élite, o que van en camino de serlo, o que aspiran a ello, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias. Los TCA parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, más en deportistas de élite, o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres que en varones, y más en adolescentes que en adultos. Cada vez son más frecuentes los estudios sobre hábitos y costumbres alimentarias de los deportistas, pero muy raras veces las investigaciones están planteadas bajo un prisma auténticamente psicopatológico (Toro, 1996).

Se detectan costumbres anómalas y dietas insuficientes, pero se estudia muy poco acerca de estados emocionales, contenidos cognitivos y entidades psicopatológicas

propriadamente dichas. Respecto al sexo femenino se han detectado TCA, casi en la totalidad de los deportes. La gimnasia femenina es la especialidad deportiva con mayor riesgo (Toro, 1996).

Un estudio halló que el 14% de las gimnastas estaban en riesgo para contraer un TCA (Nordon, Harris & Cumming, 2003). Además que las practicantes de tipo rítmico tuvieron puntuaciones más altas en el manejo de la delgadez, y por lo tanto mayor probabilidad de presentar un TCA.

Malheior y Gouveia (2001), encontraron una fuerte correlación entre la ansiedad física y conductas alimentarias de riesgo especialmente entre las gimnastas, seguidas de las nadadoras, a comparación de mujeres que participaban en deportes de equipo como futbol y handbol y que no son de apreciación. Cuando hay mucha involucramiento de la familia, respecto al manejo de la delgadez una buena ejecución, y la imagen corporal, las gimnastas tienden a presentar más patología alimentaria que si no tuvieran esa presión familiar (Fender-Scarr, 1999).

Los atletas dedicados a carreras de fondo constituyen otro importante grupo de riesgo. Aunque algunos estudios no han encontrado datos significativos, los más recientes y mejor planteados metodológicamente si lo han hecho. Hulley y Hill (2001) investigaron a

181 atletas el 29% presentaron TCA, 7 reportaron AN, 2 BN y 20 trastornos alimentarios no especificados.

La natación no es un deporte que tradicionalmente haya estado asociado a delgadez o bajo peso. Sin embargo, se han llevado a cabo algunos trabajos que ponen de manifiesto la existencia de anomalías importantes propias de los trastornos de los TCA.

Uno de ellos realizado con nadadoras de competición y de edades comprendidas entre los 9 y los 18 años halló que en general tendían a percibirse con sobrepeso (Dummer, Rosen & Heusner, 1987); además el 40% aceptó sentir una constante preocupación por el peso, mientras el 15% del total y el 25% de los postpuberales practicaban métodos patógenos para adelgazar. Lo que es significativo, es que su aspecto físico era el motivo principal para controlar el peso, no su rendimiento.

En los últimos años los entrenadores de natación están dando cada vez más importancia a unos niveles bajos de grasa corporal. Por otro lado las nadadoras mujeres adolescentes y jóvenes sometidas como todas las féminas de su edad a la presión del modelo corporal delgado, pasan una gran cantidad de horas en traje de baño. Lo que al parecer sucede en unas nadadoras permite comprender mejor que las clavadistas (de plataforma y trampolín) corran también ciertos riesgos (Toro, 1996).

Los métodos patógenos para controlar el peso, también se presentan en las levantadoras de pesas. Ciento tres pesistas comparadas con 92 mujeres control reportaron disfunción menstrual significativamente más alta, las pesistas respondieron que tenían miedo a engordar, estaban obsesionadas con la comida, usaban laxantes para controlar el peso y habían sido anoréxicas en el pasado (Walberg & Jhonston 1991).

También incurren en el riesgo de TCA las mujeres dedicadas al fisicoculturismo. Se trata de nuevas modalidades de ejercicio físico con distintas funciones sociales, pero con valoración tanto del rendimiento, cualquiera que este sea, como del aspecto físico. Las mujeres que se dedican al fisicoculturismo deben entrenarse más duramente que los varones, deben restringir su alimentación más asiduamente para reducir sus niveles naturales de grasa y deben ingerir diuréticos para reducir el contenido hídrico de su piel (Toro, 1996).

También los varones pueden incurrir en TCA asociado a la práctica deportiva. En principio cabe suponer que su riesgo es menor que el de las mujeres. La menor presión social general a favor de la delgadez que sobre ellos se ejerce, el ideal físico viril de desarrollo muscular todavía vigente, y el hecho de disponer, de menos tejido graso y más elevadas tasas metabólicas que las mujeres son otros tantos factores protectores (Toro, 1996).

Contra lo que se puede suponer, luchadores y boxeadores se sitúan entre los afectados por TCA. Estos deportistas pierden y recuperan importantes cantidades de peso,

de 5 a 9 kilos, durante la temporada competitiva. Los métodos para perder peso pueden ser extremos: ayunos, vómitos, deshidrataciones (saunas y vestidos para sudar) laxantes y diuréticos (Thompson & Sherman, 1993).

Un luchador o boxeador típico pierde de un 2 a un 12% de su peso entre 2 a 48 horas antes de una competición. Kazzoun (2000), estudió a 183 hombres atletas que estaban en deportes, que enfatizaban el peso, con 180 controles de deportes que no enfatizan el peso, encontrando que el grupo de atletas dependientes del peso tuvieron más conductas anoréxicas y bulímicas a comparación del grupo control.

También los varones fondistas muestran ciertas irregularidades, de acuerdo con Yates (1983) son atletas preocupados por el peso y la grasa corporal, siguiendo dietas alimentarias sumamente rígidas, e incrementando frecuentemente las distancias a recorrer para compensar lo que ellos consideran excesos alimentarios.

Los fisicoculturistas a menudo demuestran un patrón de TCA e insatisfacción corporal. Mangweth et al. (2001), compararon tres grupos de varones, físico culturistas, anoréxicos y controles, encontrando que los físico culturistas tenían ideas obsesivas sobre la alimentación y la imagen corporal, semejantes al grupo de anoréxicos, los físico culturistas tenían niveles intermedios de trastornos psiquiátricos, entre el grupo de

anoréxicos y el grupo control, aunque en lugar de querer perder grasa, tenían un propósito diferente, el cual era ganar musculatura.

En el fútbol americano también se llegan a presentar conductas alimentarias de riesgo, De Palma et al. (1993) investigaron a un grupo de 131 jugadores, 74% reportaron rechazo a la comida, 17% vómito autoinducido, 66% había ayunado, 4% había usado laxantes, alrededor del 25% habían utilizado píldoras de dieta, diuréticos o enemas, 42% evidenciaron un patrón alimentario disfuncional, mientras que el 9% tuvieron la conducta de purgarse.

El remo y lo que a sus practicantes sucede en el área no había sido estudiado. Hasta que Terry, Lane y Warren (1999) investigaron un grupo de remeros de alta competencia divididos en peso ligero y peso pesado, 12% del grupo de peso ligero, reportaron sintomatología de trastornos alimentarios, además quienes presentaban depresión, confusión y tensión, presentaban una probabilidad alta de insatisfacción corporal o TCA.

Junto a los factores de riesgo antes mencionados, pueden definirse tres circunstancias que determinen la asociación de un TCA con un tipo de práctica deportiva, propuestos por Thompson y Sherman (1993): 1. Puede suceder que el deporte en general o un deporte concreto atraiga a personas que ya padecen un TCA; 2. Puede suceder que la práctica deportiva cause el TCA; y 3. La actividad deportiva puede precipitar el TCA.

Capítulo 4. Personalidad, deporte y trastornos de la conducta alimentaria.

4.1 Personalidad.

De acuerdo con Andrés-Pueyo (1997), el uso indiscriminado que se hace del término personalidad no debe influir en la definición científica del mismo. Señala este autor que desde hace más de 60 años los psicólogos intentan constituir una definición única y condensada de lo que significa la personalidad. La personalidad en cualquier consideración que queramos hacer de ella, es un fenómeno complejo compuesto por múltiples, unidades, y el enfoque científico requiere la descomposición de este fenómeno en otros más simples (Andrés-Pueyo, 1997).

Etimológicamente el término personalidad tiene varios orígenes:

1. *Personare*: palabra latina que significa “resonar a través de algo” y del griego *prosopon* “cara, rostro, máscara”.
2. *Per se unum*: Procedente del latín, esta construcción se refiere a la “unidad sintética”.
3. *Phersum*: Palabra de origen latino que se refiere a espejo.
4. *Rostrum*: “Pico de las aves”, y en segunda acepción, “hocico” de los animales. Por extensión espolón o proa de un navío (Rojas, 2001, p.22).

Sin embargo, Rojas (2001) proporciona una definición general de la personalidad: es aquel conjunto de elementos, físicos, psicológicos, sociales y culturales que se alojan en un individuo. Puede decirse que la personalidad es aquel conjunto de pautas de conducta actuales y potenciales que residen en un individuo y que se mueven entre la herencia y el ambiente (Rojas, 2001).

La personalidad es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social (Larsen & Buss, 2005). Según Balcázar, Delgadillo, Gurrola, Mercado y Moysén, (2003), la personalidad se emplea en muchas ocasiones para referirnos a aquellas características sobresalientes que resumen como es la persona, permiten predecir como actuará y al mismo tiempo constituyen rasgos distintivos de la persona.

Se ha llegado a pensar que hay un perfil de personalidad para los trastornos alimentarios. Kirzman y Salgueiro (2002) destacan al referirse al cuadro psicológico de la anorexia nerviosa, que la enfermedad ocurre en niñas, que según su familia e informes escolares, han sido inusualmente buenas, exitosas y gratificantes. El comienzo de la enfermedad se acompaña de cambios marcados en la conducta, se vuelven negativas, enojadas y desconfiadas. En terapia se muestran seguras y desafiantes y reclaman el derecho a ser tan delgadas como quieren. La rígida disciplina a la que se someten les da una

sensación de control al menos en un área. La enfermedad se manifiesta en la pubertad o en otros momentos vitales en las que son enfrentadas a nuevas experiencias y expectativas.

4.2 Emoción.

Las emociones pueden definirse por tres componentes: están acompañadas de sentimientos subjetivos asociados con ellas, en segundo lugar se acompañan de cambios corporales asociados a la respiración, ritmo cardíaco, tensión muscular y expresiones faciales y corporales y en tercer lugar se acompañan de tendencias a la acción o incrementos en las probabilidades de todos los comportamientos (Larsen & Buss, 2005).

Las emociones se dan en situaciones de relación con otros sujetos u objetos, de manera que tienen condiciones antecedentes o causales, y donde el individuo sentirá una u otra emoción, dependiendo de la evaluación e interpretación que haga de su entorno, así como del foco de atención al que se dirija durante la situación o episodio emocional al momento de describirlo, y se comportará de una u otra manera. Todas las teorías señalan de alguna manera que no son los eventos por sí mismos los que determinan las respuestas emocionales sino las evaluaciones e interpretaciones que de los mismos realizan los individuos (Reidl, Guillén, Sierra & Joya, 2002).

De acuerdo con estas mismas autoras, las emociones son centrales para la comprensión del comportamiento y experiencia humanas en cualquier nivel de análisis científico, sociológico, psicológico y fisiológico, ya que son muy pocos los encuentros, acciones, y pensamientos significativos carentes de emoción.

El estudio de las emociones es importante, también porque su regulación, es decir el proceso por el cual los individuos influyen sobre las emociones que sienten cuando las tienen, y como las experimentan y expresan, es central para la salud mental, pueden apoyar o resquebrajar la capacidad para trabajar, para relacionarse con otros y para disfrutar de la vida (Reidl et al., 2002).

4.3 Temperamento.

Por otra parte temperamento no es sinónimo de personalidad, sin embargo si es una parte de ésta, y se forma por rasgos innatos que pueden verse influidos por variables del ambiente (Caprara & Van Heck, 1992).

El temperamento es la constitución de cada individuo que resulta del predominio de un sistema orgánico o de un humor. Según Coon (2006), el temperamento es la parte fisiológica de la personalidad, incluye rasgos como la sensibilidad, irritabilidad, distractibilidad y otros estados de ánimo típicos.

Pittaluga (1984) también hace referencia al aspecto orgánico del temperamento, al considerar que el temperamento es un estado orgánico y neuropsíquico constitucional, congénito, en virtud del cual el ser humano se manifiesta en sus actitudes y actividades espontáneas, o vivencias, con reacciones típicas frente a los estímulos del mundo exterior.

Temperamento es la forma característica que tiene un individuo de enfrentar y reaccionar ante otras personas y situaciones; se refiere sobre todo no a lo que hacen las personas, sino cómo lo hacen (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

En los últimos 15 años se ha venido desarrollado un modelo psicobiológico de la personalidad, que ha despertado el interés de la comunidad científica, a juzgar por la importante producción científica que ha suscitado en muy distintas áreas de la clínica(s) y/o de investigación básica y social.

Este modelo psicobiológico señalado por Cloninger, Svrakic y Przybeck (1993) ha mostrado una gran aplicabilidad clínica por su carácter comprensivo, pues intenta integrar el substrato biológico de la personalidad, heredado en una parte importante, con los elementos sobreañadidos durante el desarrollo y por la experiencia socio-cultural, acercando paradigmas aparentemente antagónicos, como son los biológicos, los conductuales o los psicodinámicos. Pero también intenta superar la dicotomía existente

entre las descripciones dimensionales y categoriales de la personalidad, desarrollando lo que Cloninger et al. (1993), denominaron una teoría biosocial unificada de la personalidad.

Cloninger, Svrakic y Przybeck (1991) describieron tres dimensiones de la personalidad, que constituyen el temperamento, y que se postularon genéticamente independientes entre sí:

1. Búsqueda de novedades.
2. Evitación del daño.
3. Dependencia de la recompensa. (pp. 1051).

Cloninger et al. (1993) definen temperamento como la predisposición con la que nacemos y que se encuentra regulado principalmente por factores constitucionales. Se refiere a los aspectos de la personalidad que:

1. Están ligados a sistemas neurobiológicos definidos, heredables, moderadamente ligados (40-65%), a la personalidad de forma independiente
2. Se manifiestan precozmente en la vida, pudiéndose observar ya en la infancia temprana
3. Se mantienen estables a lo largo de la vida y no están influidos por el ambiente social, prediciendo moderadamente la conducta en la adolescencia y en la adultez,
4. Implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, por lo que incluye

aprendizajes pre-conceptuales o inclinaciones inconscientes, determinando hábitos, emociones, reacciones automáticas a la experiencia.

5. Están basados en los principios de condicionamiento de la conducta.
6. Están regulados principalmente por el sistema límbico. (pp.978).

Por lo tanto, los autores proponen que la estructura del temperamento es un sistema complejo, organizado jerárquicamente, y factible a desagregarse en subsistemas estables.

Por otra parte, Mancilla-Díaz, Durán-Díaz, Ocampo Téllez-Girón y López-Alonso (1992) evaluaron una muestra de 41 personas, divididas en 4 grupos: pacientes con bajo índice de grasa, pacientes con normopeso, y en los dos grupos restantes: pacientes con obesidad y pacientes con obesidad extrema. Se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), y el Inventario de Rasgos Temperamentales Thurstone. De acuerdo a los resultados obtenidos en el IDARE, un grupo de personas obesas obtuvo una puntuación media en la escala de ansiedad estado; mientras que los tres grupos restantes reportaron ansiedad baja. Con respecto a los resultados de los rasgos de temperamento, el grupo uno el cual consistía en personas con bajos índices de grasa, obtuvo mayores puntuaciones en las escalas de activo, vigoroso, impulsivo y dominante, por su parte los grupos de personas obesas fueron menos activas, dominantes, sin embargo en el rasgo de estable obtuvieron un resultado mayor.

4.4 Estudios sobre personalidad y deporte.

Dunn, Gotwals y Dunn (2005) realizaron un estudio sobre el perfeccionismo en jóvenes deportistas, en una muestra de $n = 133$ hombres y $n = 108$ mujeres, encontrando que los hombres tendían a ser más perfeccionistas que las mujeres, además que éste rasgo también dependía de la situación de cada persona.

En otro estudio, Kajtna y Tusak (2003) investigaron las diferencias de personalidad en deportistas, estudiando su género y su éxito en el deporte. Los autores encontraron que el nivel de éxito deportivo no influía en la estructura de la personalidad ni en la ansiedad; sin embargo, los atletas con más éxito eran más competitivos, tenían una mayor orientación al triunfo, una necesidad más fuerte tanto de poder como de éxito y más automotivación; mientras que por género las mujeres atletas fueron más ansiosas y más emocionalmente inestables.

Hanton, Evans y Neil (2003) estudiaron la emoción, sus componentes, el nivel de habilidad, ansiedad competitiva y la autoconfianza. Los hallazgos confirmaron que los atletas de alto rendimiento presentaban un mayor atrevimiento y compromiso; mientras que el grupo control mostró niveles menores de preocupación. los autores discuten que el atrevimiento es un importante componente del perfil de personalidad del atleta dentro de

una situación específica deportiva, relacionándose también con la ansiedad competitiva y la autoconfianza.

Kjormo y Halvari (2002) encontraron que la autoconfianza es un antecedente de ansiedad competitiva, donde ésta media la relación entre autoconfianza y ejecución, la interacción entre la primera y la ansiedad competitiva está relacionada con la ejecución entre los equipos deportivos.

En otro estudio, Kjelsås y Augestad (2004) reportan diferencias en rasgos de personalidad entre hombres y mujeres que hacían actividad física, de acuerdo con los resultados, los hombres y mujeres tenían diferencias en las variables de agresión indirecta además encontraron que las variables que más predecían la actividad física fueron, extraversión, neuroticismo, manejo de delgadez e insatisfacción corporal.

Blaydon, Linder y Kerr (2004) encontraron varias diferencias entre dos grupos de deportistas de nivel amateur, los deportistas de primer nivel mostraron puntuaciones más altas de pesimismo y en trastornos alimentarios encontraron diferencias intergrupales en los niveles de dependencia al ejercicio y en pesimismo, siendo estos más altos en el grupo de deportistas de primer nivel. Asimismo el grupo control de no deportistas también presentó mejor manejo en las variables estudiadas.

Por otra parte Kirkcaldy, Shephard y Siefen (2002) examinaron la relación entre participación en el deporte de resistencia, y datos de autorreportes en autoimagen, salud física y psicológica y estilos de vida, en estudiantes de preparatoria, encontrando que la práctica regular del deporte favorecía el desarrollo de una buena autoimagen, de la misma manera la práctica del deporte se relacionaba con una resistencia a las adicciones al alcohol y a las drogas, además de favorecer el bienestar físico y psicológico.

Por último, en un estudio realizado con atletas de alto rendimiento y con diagnóstico de TCA se encontró un intenso temor a la obesidad, presión muy grande para bajar de peso, así como la presencia de altos niveles de estrés (Petrie, Greenleaf, Carter & Reel 2007),

4.5 Estados emocionales y rasgos de Personalidad.

El tema de la parte emocional de los deportistas ha sido poco estudiado; sin embargo, en los últimos años se cuenta cada vez con más investigación respecto a esta área. Muchos investigadores se enfocan al análisis de variables tales como motivos para hacer ejercicio, ventajas y riesgos del deporte, y muy poco se ha abordado el aspecto emocional (Toro, 1996) por ejemplo la relación entre ansiedad y deporte. Miguel-Tobal, Navlet y Díaz (2001) estudiaron a 74 deportistas varones que practicaban (fútbol, balonmano, atletismo y artes marciales), los resultados evidencian la existencia de diferencias entre las distintas modalidades deportivas. Los practicantes de artes marciales presentaron niveles más altos de ansiedad, mientras que los practicantes de balonmano los más bajos.

Hausenblas y Mack (1999) evaluaron un grupo de 36 mujeres clavadoras, comparadas con 39 mujeres practicantes de otros deportes (por ejemplo, lacrosse, voleibol y futbol) para medir sus niveles de ansiedad. Las clavadoras reportaron tener menor nivel de ansiedad a comparación del grupo de mujeres de otros deportes.

Stephoe, Kimbell y Basford (1998) observaron a 35 hombres y 35 mujeres en los días que hacían ejercicio y los días que no lo hacían. Encontraron que los índices de buen humor aumentaban en los días que hacían ejercicio regularmente y los niveles de depresión disminuían, además reportaron menos eventos estresantes en los días que se ejercitaban. Sin embargo, quienes realizaban ejercicio por fuertes motivos personales como salud o apariencia física, reportaron más altos niveles de ansiedad cuando se ejercitaban.

La rápida pérdida de peso y sus efectos sobre los atletas ha sido investigada por Choma, Sforzo y Keller (1998). Evaluaron a un grupo de luchadores que antes de una competición recurrieron a perder peso, reportaron tener un humor cambiante y transitorio, además de reducción y deterioro de la memoria de corto plazo.

El ejercicio excesivo que es frecuentemente observado en la AN, ha sido visto como una conducta adictiva y como un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo. Davis, Katzman y Kirsh (1999) estudiaron una muestra de deportistas, observaron que la personalidad adictiva y el trastorno obsesivo-compulsivo contribuían al ejercicio excesivo.

Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted y Woodside (1998) estudiaron a 53 pacientes anoréxicos de los cuales 22 hacían ejercicio de alto nivel y 31 lo hacían de manera regular o no lo hacían. Quienes practicaban ejercicio de alto nivel mostraron puntuaciones altas en una medida de características de personalidad obsesivo-compulsivas, sintomatología obsesiva y perfeccionismo factores asociados con el desarrollo del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

En los últimos años, la personalidad y sus trastornos constituyen un área de importancia creciente en la investigación de los TCA. Su estudio persigue tres aspectos fundamentales: conocer la implicación de la personalidad y sus trastornos en la génesis de la anorexia y la bulimia nervosas, averiguar su repercusión sobre la respuesta al tratamiento y sobre el pronóstico y permitir la detección de adolescentes con riesgo de desarrollar estas enfermedades (recientemente este interés en la personalidad se ha centrado en el eje de la impulsividad-compulsividad (García, 2002).

La presencia de un trastorno de la personalidad, y más específicamente el “borderline”, se ha asociado con una afectividad más alterada, un menor control de las actividades motoras de la impulsividad (Rosval et. al 2006) y con mayor índice de gestos suicidas y parasuicidas (Youssef et. al 2006). Otro tema vigente es la implicación de los trastornos de la personalidad en el pronóstico del TCA. Hay algunos hallazgos que indican que tras un año de seguimiento, la presencia de trastorno de la personalidad en pacientes

bulímicas se asocia con una recuperación más lenta y con una mayor probabilidad de seguir padeciendo la enfermedad (Wonderlich, 1995).

Blinder, Cumella, y Sanathara (2006) realizaron uno de los diagnósticos de personalidad más extensos en pacientes con TCA. Evaluaron 2436 personas diagnosticadas con AN, BN y TA no especificados, encontrando una comorbilidad en trastornos de humor, depresión, ansiedad, abuso de alcohol, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia y otros tipos de psicosis.

4.6 Personalidad y anorexia nervosa.

Los estudios clínicos, psicométricos y familiares coinciden en considerar la personalidad anoréxica como perfeccionista, obsesiva-compulsiva, con alto nivel de neuroticismo, y baja cooperatividad y autodirección (Johnson et al. 2006). Las personas con AN se caracterizan por presentar alta impulsividad, búsqueda de la novedad y de la sensación además de trastornos límites de la personalidad.

Algunos resultados han permitido elaborar la hipótesis de que la comorbilidad con los trastornos de la personalidad podría desempeñar un papel etiológico en el desarrollo de la anorexia. Marañón, Echeburúa y Grijalva (2004) realizaron un estudio en España aplicando el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad para detectar la

psicopatología asociada; los trastornos de la personalidad más comunes fueron los obsesivo compulsivos, evitativos, dependientes, trastorno límite de la personalidad y los no especificados. Asimismo al analizar los rasgos de personalidad en los subtipos de AN se encontró que el subtipo de AN restrictiva presentaba puntuaciones más altas en responsabilidad y amabilidad, sin embargo los niveles de neuroticismo, estrés psicológico general e inestabilidad emocional eran iguales para ambos subtipos (Bollen & Wojciechowski, 2004).

Se realizó un estudio en España de la personalidad de estas pacientes según el modelo de Eysenck y según el nuevo modelo tetradimensional de Cloninger (Díaz-Marsa, Carrasco, Hollander, César & Saiz-Ruiz, 2000). Los resultados obtenidos sugieren que el perfil de la paciente anoréxica se caracteriza por un alto neuroticismo eysenckiano, aunque menor en el subtipo restrictivo que en el subtipo compulsivo-purgativo y que en la BN, así como una elevada persistencia (persistente) y una baja autosuficiencia “self-directedness”.

La utilización de la Escala Multidimensional de Personalidad ha mostrado en las anoréxicas un alto grado de impulsividad e inhibición y una receptividad de las experiencias sensoriales menor que en las pacientes bulímicas. Con respecto al grupo control, presentaban menores puntuaciones en la sensación de bienestar, integración social, y afectividad positiva, así como puntuaciones elevadas en la reacción al estrés, alienación y en afectividad negativa (Wonderlich, Swift, Slotnick & Goodman, 1990).

4.7 Personalidad y bulimia nervosa.

Aunque por lo general se considera que las pacientes bulímicas mantienen el peso “normal”, en la práctica habitual se encuentra que el peso mantenido es inferior al peso ideal condicionado genéticamente. En consecuencia, como en las anoréxicas, la desnutrición podría influir en los rasgos de personalidad encontrados, teniendo en cuenta además que la mayoría de los estudios realizados se han llevado a cabo en pacientes bulímicas sintomáticas. Sin embargo, tampoco en este caso existen conclusiones definitivas a este respecto (Loranger, Lenzenweger & Gartner, 1991).

Las múltiples escalas de personalidad utilizadas coinciden en definir a las bulímicas como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima y tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada (Newton, Freeman & Munro, 1993). La utilización del Inventario Multifásico de la Personalidad en diferentes estudios arroja siempre un perfil de personalidad asociado con un pobre control de impulsos, depresión crónica y disminuida tolerancia a la frustración (Solhber & Strober, 1994).

Las bulímicas también se caracterizan por presentar algunas características psicológicas positivas, tales como la tendencia a actuar de forma concienzuda y la empatía frente a los demás, sin embargo dichas características se asocian con la autocrítica, el

perfeccionismo y la facilidad para experimentar sentimientos de culpa y ansiedad, restricción de la autoconciencia y del contacto social, también presentan emociones intensas, conductas impulsivas y poco elaboradas, agresividad dirigida al exterior y búsqueda de relaciones interpersonales que actúen ayudándoles a aplacar la ansiedad (Vaz, 2006).

4.8 Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria.

En los pacientes diagnosticados con AN o BN es frecuente encontrar otras enfermedades psiquiátricas que, en muchas ocasiones, son las que originan la demanda de atención en los diversos dispositivos sanitarios, de forma que, el trastorno alimentario solo aparece como un trastorno mental bien definido después de una evaluación y estudio más profundos. Asimismo es de sobra conocida la frecuente existencia de sintomatología depresiva, ansiosa y obsesivo-compulsiva dentro de los TCA, así como una serie de rasgos de personalidad de tipo obsesivo, fóbico, impulsivo, etc. En los pacientes con diagnóstico de AN es frecuente encontrar trastornos afectivos, fobias y trastornos obsesivo-compulsivos. Por su parte, en la BN son también muy comunes los trastornos afectivos, así como el abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad (García, 2002). Por otra parte las pacientes con TCA expresan incapacidad para establecer relaciones interpersonales, deseos de seguir siendo niñas y sentimientos de ineficacia (Mancilla-Díaz et al. 1999).

Capítulo 5. Modelos de ecuaciones estructurales y factores de riesgo en trastornos de la alimentación.

Se han propuesto varios modelos para explicar los TCA y sus factores de riesgo, así como varias teorías en torno al mismo fenómeno, tales como la teoría de la continuidad, y de la discontinuidad (Nylander, 1971; Ruderman & Besbeas, 1992).

Al respecto se pueden plantear al menos dos preguntas: ¿Los TCA representan variables discretas o continuas? Una segunda pregunta también importante es si los trastornos alimentarios ¿son cualitativamente diferentes de otros, o suceden de manera continua? La mayoría de las investigaciones se han focalizado en contestar la primera pregunta, para ver si los modelos propuestos son continuos o discontinuos, (Gleaves, Brown & Warren, 2004).

5.1 Modelos de continuidad y discontinuidad en TCA.

De acuerdo con el modelo de continuidad (Nylander, 1971; Ruderman & Besbeas, 1992), los síntomas de la anorexia suceden de una manera continua, encontrándose que hay varias similitudes entre los TCA, de tal manera que en un extremo del citado modelo se presentan las formas más suaves de los síntomas, mientras que en el otro se encuentran la dieta y la preocupación por el peso. Así por ejemplo en un extremo se encuentra la

alimentación normal, y en el otro un trastorno alimentario. Los autores del modelo de continuidad sugieren que los trastornos alimentarios ocurren cuando la gente simplemente demuestra manifestaciones extremas, sobre preocupación por el peso o en la dieta, lo cual es común en muchas mujeres. Algunas mujeres que hacen dieta pueden ser conscientes de lo que comen, mientras otras presentan conductas alimentarias destructivas, como dejar de comer. Asimismo algunas personas que hacen dieta pueden hacer atracones ocasionalmente y otras de manera frecuente.

Quienes proponen el modelo de discontinuidad (Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1978) afirman que quienes hacen dieta son cualitativamente diferentes de las personas con trastornos de la alimentación. Según este modelo las personas tienen problemas psicológicos que no presentan las personas que hacen dieta, tales como trastornos afectivos, y altos niveles de desconfianza interpersonal (Heatherton & Polivy, 1992; Polivy & Herman, 1987). Por esta razón, una persona que hace dieta y muestra sólo un síntoma de anorexia nervosa, es cualitativamente diferente de una persona diagnosticada con anorexia nervosa.

Por esta razón algunos investigadores han empezado a medir múltiples factores, y han sugerido modelos más integrales; además los investigadores han usado instrumentos con subescalas diseñadas para evaluar muchos de los riesgos de los factores perpetuantes de los TCA (Thompson, 1996).

5.2 Modelos en TCA. Factores causales y mantenedores.

El modelo desarrollado por Rieves y Cash (1996) es quizá el más vigente de los modelos. En este modelo que está basado en las investigaciones previas de Cash, el rasgo central es la separación entre las influencias históricas y próximas, las cuales podrían ser conceptualizadas como parte del desarrollo temprano (factores causales y mantenedores). Las influencias próximas en el modelo tales como los esquemas y el procesamiento esquemático claramente reflejan la emergencia de modelos cognitivos que tienen un lugar central en la teoría de la imagen corporal.

A pesar que el modelo elaborado por Cash no ha sido probado empíricamente, varias investigaciones han evaluado algunos componentes del mismo. Veron-Guidry, Williamson y Netemeyer (1997), evaluaron la presión social para la delgadez, autoestima y depresión como factores para la predicción de insatisfacción corporal en mujeres adolescentes, aunque ambos factores de personalidad estuvieron significativamente relacionados con el factor de presión social, ninguno fue un predictor significativo de la imagen corporal. Cabe destacar que la medida de la presión social fue un predictor significativo para la imagen corporal y para los trastornos de alimentación.

Williamson et al. (1995) también midieron los efectos de la influencia social, en la percepción del peso, manejo de la ansiedad y autovaloración de la imagen corporal en un

grupo de 98 mujeres atletas colegiales. Todos estos factores predijeron preocupación por la apariencia, misma que en un estudio previo también predijo significativamente el nivel de trastorno de la alimentación.

Stice, Shaw y Nemeroff (1998) en un modelo multifactorial de síntomas bulímicos restricción dietaria y afecto negativo, probaron la contribución de la masa corporal, presión social percibida e internalización de los estándares corporales ideales, en la predicción de la satisfacción corporal. Todos los factores fueron significativos, la presión percibida tuvo un efecto directo en la imagen corporal y la interiorización tuvo un efecto indirecto.

Thompson, Coovert, Richards, Johnson y Cattarin (1995) evaluaron los efectos de las burlas, el estado de maduración y grado actual de obesidad en la imagen corporal. Cabe resaltar que el nivel de obesidad no afectó directamente la satisfacción corporal pero estuvo mediado por el nivel de las burlas: sólo aquellos que habían sufrido burlas tenían altos niveles de insatisfacción.

Thompson, Coovert y Stormer (1999) evaluaron directamente el factor de la comparación social como un mediador de la imagen corporal en una muestra de mujeres estudiantes. Los investigadores encontraron que el efecto de las burlas en la imagen corporal fue mediado a través de la comparación social, sugiriendo que la retroalimentación verbal negativa puede originar la posibilidad de que aparezca preocupación por la apariencia.

Strong y Huon (1998) desarrollaron un modelo para explicar la iniciación de las dietas, en el que incorporan influencia social, funcionamiento autónomo y habilidades sociales tales como habilidades para negociar, y autoeficacia social, y los modelos de educación de los padres, como el cuidado y la sobre protección. En este modelo se encontró que la autoeficacia jugaba un papel protector en el inicio de las dietas, mientras que la gran influencia de los padres sobre las adolescentes para iniciar una dieta, el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal se comportaron como factores de riesgo.

Lattimore y Butterworth (1999) proponen un modelo estructural sobre el comienzo de las dietas en mujeres adolescentes, los resultados indicaron que el funcionamiento familiar predecía la restricción dietaria, señalando además que este efecto está mediado por la influencia de los pares para realizar la dieta.

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (2002) proponen un modelo integral sobre los diversos factores que afectan la imagen corporal y los efectos consecuentes de la alteración de la imagen corporal en condiciones asociadas, tales como TCA y funcionamiento psicológico global (como puede ser la autoestima y la depresión). Se parte de un modelo tripartita que toma en cuenta la influencia de los pares, de los padres y de la sociedad. El modelo indica que estas tres fuentes de influencia se dirigen hacia la comparación social de la apariencia y a la internalización de los valores sociales, donde la internalización también es afectada indirectamente por la comparación social. Ambas, la comparación social y la internalización llevan, a la insatisfacción corporal. Ésta influye en

la restricción de alimento y después en la BN, que a su vez, establece una relación recíproca con el funcionamiento psicológico global.

En el modelo de Thompson et al. (2002) se mueve la variable de la función psicológica a la mitad de la secuencia. Específicamente en este modelo, la autoestima y la depresión llegan a ser mediadores entre los tres focos de influencia (pares, padres y la sociedad) e incrementan la frecuencia de comparación social e internalización del ideal corporal. Además en este modelo, en oposición al anterior, se sugiere que las personas con baja autoestima y depresión alta son más vulnerables a los factores que producen conciencia de presión por la apariencia y por eso es más probable que la comparación social y la internalización conduzcan hacia la insatisfacción corporal.

5.3 Modelos de TCA desarrollados en México.

En el modelo realizado por Unikel (2003), las críticas de los padres y el ánimo deprimido conducen a actitudes y creencias hacia la obesidad, y ésta conduce a conductas alimentarias y a insatisfacción con la figura. Esta última también se ve influenciada por el índice de masa corporal.

Saucedo (2003), en un modelo predictivo de dieta restringida en mujeres púberes, encontró que ésta es influenciada por el índice de masa corporal, el malestar por la imagen

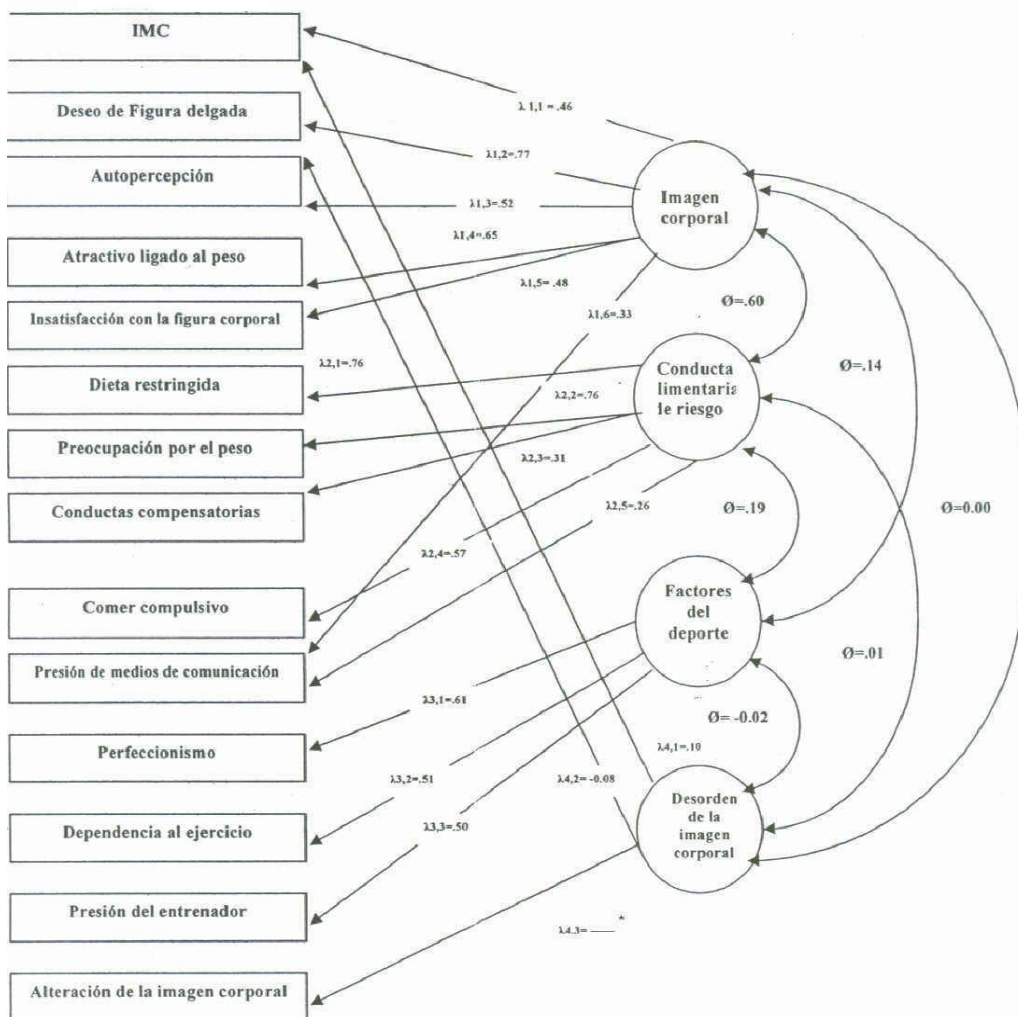
corporal, la influencia de la publicidad y la preocupación por el peso y la comida. Mientras que en otro modelo predictivo realizado en las madres de las púberes, la dieta restringida estuvo influenciada, por la satisfacción/insatisfacción, la influencia de la publicidad, comer compulsivo y por las conductas compensatorias.

Por otra parte Hernández (2006), en un modelo propuesto en gimnastas mexicanas de alto rendimiento, encontró que la conducta alimentaria de riesgo tuvo una mayor influencia de dieta restringida, preocupación por el peso y comer compulsivo; la presión de los medios de comunicación influyó en dos factores: imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.

Finalmente, Álvarez (2006) realizó modelos de factores precedentes y mantenedores en tres muestras diferentes de población comunitaria, población en alto riesgo y población clínica, entre los principales resultados de factores precedentes en los dos primeros modelos encontró que la influencia de la publicidad influye en insatisfacción corporal y preocupación por la comida, mientras que en la última población encontró que la influencia de modelos sociales influye en la insatisfacción corporal y esta a su vez influye en la preocupación por la comida. Asimismo en los modelos de factores perpetuantes entre los principales resultados encontró que la insatisfacción corporal estuvo influida por los sentimientos negativos posteriores al atracón, mientras que la restricción alimentaria y el atracón influyen en la preocupación por la comida.

Ahora bien, la presente investigación se apoya, en parte, en el modelo propuesto por Hernández (2006), ya que el modelo básico del que parte la siguiente investigación es el modelo de doble vía propuesto por Stice y Agras (1998). El modelo propuesto por Hernández (2006) se derivó de una investigación la cual fue realizada en mujeres deportistas. Como puede verse (ver figura A) entre los resultados más importantes, se encuentra que la conducta alimentaria de riesgo está compuesta por las variables “comer compulsivo” con un peso de 0.57, por “preocupación por el peso” (0.76) y “dieta restringida” (0.76). El modelo no muestra las magnitudes de la varianza explicada ni la influencia directa o recíproca entre las variables, sin embargo muestra la estructura de sus componentes y algunos de estos están contemplados en la presente investigación.

Figura A. Modelo estructural de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria propuesto por Hernández (2006).



Capítulo 6. Plan de investigación.

El plan de investigación se dividió en dos etapas cuyos objetivos se describen enseguida:

6.1 Primera etapa.

6.1.1 Objetivos generales.

Aplicar instrumentos válidos y confiables que permitan detectar y medir rasgos de personalidad, y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Así como investigar las relaciones entre ellos.

De acuerdo con los siguientes rasgos de personalidad:

- Ansiedad
- Depresión
- Actividad social
- Expresión
- Empatía
- Subjetividad
- Dominancia
- Hostilidad
- Autodisciplina

Y teniendo en cuenta los siguientes factores de riesgo en TCA:

- a) asociados con imagen corporal: insatisfacción, alteración, índice de masa corporal, preocupación por el peso corporal.
- b) asociados con conducta alimentaria: dieta restrictiva, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por la comida;

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

6.1.2 Objetivos específicos.

Determinar:

1. Las relaciones que existen entre las variables rasgos de personalidad y la práctica/no práctica de un deporte de alto rendimiento.
2. Las relaciones que existen entre las variables rasgos de personalidad y los deportistas del sexo masculino y del sexo femenino.
3. Las relaciones que existen entre los factores de riesgo en TCA y la práctica/no práctica de un deporte.
4. Las relaciones que existen entre las variables rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.

6.1.3 Preguntas específicas de investigación.

Si se comparan:

1. ¿hombres deportistas vs hombres no deportistas y mujeres deportistas vs mujeres no deportistas se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en las variables rasgos de personalidad?
2. ¿hombres deportistas vs hombres no deportistas y mujeres deportistas vs mujeres no deportistas se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en factores de riesgo en TCA?
3. ¿deportistas de sexo masculino con deportistas del sexo femenino se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA?

4. ¿las variables rasgos de personalidad se relacionarán significativamente con factores de riesgo en TCA?

6.1.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.

No se plantearon hipótesis de trabajo por ser un estudio de carácter exploratorio.

6.1.5 Método.

6.1.5.1 Diseño de investigación.

La investigación fue de carácter exploratorio. Se manejó con un diseño factorial de 2 X 2 grupos (deportistas-no deportistas, hombres y mujeres), con observaciones independientes.

6.1.5.2 Definición de variables.

Variables independientes.

1. La variable independiente o de clasificación se define como la práctica o no práctica de un deporte de alto rendimiento.

Alto rendimiento. Es un nivel deportivo que incluye atletas que participan en competencias internacionales de élite, en diferentes categorías, tanto infantil, juvenil, así como a nivel mayor. Comprende deportistas cuya frecuencia de entrenamiento es mayor a 20 horas y hasta 60 por semana (Carrol, 2005). En México el número de horas es de 20 a 45 (comunicación personal).

Bajo rendimiento. Se refiere a deportistas cuya frecuencia de entrenamiento es menor o igual a diez horas semanales.

2. Sexo, masculino y femenino.

VARIABLES DEPENDIENTES.

1. Las variables rasgos de personalidad.

Ansiedad
Depresión
Actividad social
Expresión
Empatía
Subjetividad
Dominancia
Hostilidad
Autodisciplina

2. Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

6.2 Segunda etapa. Primer estudio.

Se procedió a realizar la segunda etapa de investigación durante la cual se desarrolló un primer estudio cuyos objetivos se describen enseguida.

6.2.1 Objetivos generales.

1. Realizar un análisis descriptivo y multivariante de las relaciones rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA bajo dos condiciones: práctica/no práctica de un deporte.
2. Determinar el papel (protector/riesgo) del deporte.

6.2.2 Objetivos específicos.

Determinar las relaciones que existen entre:

1. las variables rasgos de personalidad y la práctica/no práctica de un deporte de alto rendimiento.

2. las variables rasgos de personalidad y los deportistas del sexo masculino y del sexo femenino.
3. los factores de riesgo en TCA y la práctica/no práctica de un deporte.
4. las variables rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.

6.2.3 Preguntas específicas de investigación.

1. ¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en las variables de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad) comparando deportistas vs no deportistas?
2. ¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en las variables de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad) entre hombres vs mujeres?
3. ¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo entre deportistas vs no deportistas?
4. ¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo entre hombres vs mujeres?
5. ¿Se encontrarán interacciones estadísticamente significativas en deporte por sexo?

6.2.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en:

H1: las variables de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad) entre deportistas vs no deportistas.

H2: las variables de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad) entre hombres vs mujeres.

H3: los factores de riesgo en TCA entre deportistas vs no deportistas.

H4: los factores de riesgo en TCA entre hombres vs mujeres.

H5: las variables deporte por sexo.

6.2.5 Método.

6.2.5.1. Diseño de investigación.

La investigación es de carácter correlacional de campo y transversal y confirmatorio en su segunda etapa. Se manejó con un diseño factorial de 2 X 2 grupos (deportistas-no deportistas, hombres y mujeres), con observaciones independientes.

6.2.5.2 Participantes.

Se trabajó en la segunda etapa con una muestra no probabilística con un tamaño N = 600 formada por cuatro grupos: 1) mujeres deportistas (natación n = 78; nado sincronizado n = 52; clavados n = 7 y waterpolo n = 7) 2) hombres deportistas (natación n = 94; clavados n = 12 y waterpolo n = 44), 3) mujeres no deportistas (n = 150), y 4) hombres no deportistas (n = 150) (ver tabla 1 en la que aparece la distribución de la muestra de deportistas).

Tabla 1. Distribución de las disciplinas por sexo.

	Mujeres	Hombres
Natación	78	94
Nado sincronizado	52	0
Clavados	13	12
Waterpolo	7	44
Total	150	150

6.3 Segunda etapa. Segundo estudio.

Se procedió a realizar la segunda etapa de investigación durante la cual se desarrollaron dos estudios cuyos objetivos se describen enseguida:

6.3.1 Objetivos generales.

Desarrollar modelos de ecuaciones estructurales que permitan:

1. Determinar a través de ecuaciones estructurales la influencia que ejercen los rasgos de personalidad en TCA.
2. Establecer el papel mediador de los rasgos de personalidad y/o los factores de riesgo en TCA.

6.3.2 Objetivos específicos.

Determinar:

1. La magnitud y dirección de la influencia que ejercen los rasgos de personalidad en los factores de riesgo en TCA.
2. Si los rasgos de personalidad (o los factores de riesgo en TCA) ejercen un papel mediador en la explicación de la relación con los factores de riesgo en TCA (o con los rasgos de personalidad).

6.3.3 Preguntas específicas de investigación.

1. ¿Ejercen influencia los rasgos de personalidad en los factores de riesgo en TCA? ¿Con qué magnitud y dirección?
2. ¿Los rasgos de personalidad ejercen un papel mediador en la explicación de la relación con los factores de riesgo en TCA? O bien los factores de riesgo en TCA ejercen ese papel mediador en la explicación de la relación con los rasgos de personalidad?
3. ¿Cuál de las dos versiones (corta o larga) de los modelos de los grupos de deportistas resulta más funcional (misma capacidad de explicación con un tiempo menor de aplicación)?

6.3.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.

De acuerdo con los resultados de los estudios antecedentes se espera que en los grupos de deportistas los rasgos de personalidad: depresión (H1); hostilidad (H2); actividad social (H3); ansiedad (H4); ejercerán una relación con una magnitud por lo menos mediana (mediana B15 a B.30; alta > B.30) en los factores de riesgo en TCA.

H5: De acuerdo con teoría se espera que insatisfacción corporal y/o dieta crónica y restringida tengan un papel mediador entre rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.

H6: La versión corta de los modelos de los grupos de deportistas resulta más funcional (misma capacidad de explicación con un tiempo menor de aplicación) que la versión larga.

6.3.5 Método.

6.3.5.1 Diseño de investigación.

La investigación es de carácter correlacional de campo y transversal y confirmatorio en esta segunda etapa. Se manejó con un diseño factorial de 2 X 2 grupos (deportistas-no deportistas, hombres y mujeres), con observaciones independientes.

6.3.5.2 Participantes.

En la realización del segundo estudio de la segunda etapa, se trabajó con dos muestras no probabilísticas con observaciones independientes, una, para el desarrollo del modelo en su versión corta (N = 600, con 4 grupos cada uno con una n = 150)). 1) Mujeres deportistas (natación n = 78; nado sincronizado n = 52; clavados n = 7 y waterpolo n = 7) 2) hombres deportistas (natación n = 94; clavados n = 12 y waterpolo n = 44), 3) mujeres no deportistas (n = 150), y 4) hombres no deportistas(n = 150).

La otra para el modelo en su versión larga (N = 160, con 4 grupos cada una con una n = 40). 1) Mujeres deportistas (natación n = 16; nado sincronizado n = 12; clavados n = 8 y waterpolo n = 4) 2) hombres deportistas (natación n = 25; clavados n = 4 y waterpolo n = 11), 3) mujeres no deportistas (n = 150), y 4) hombres no deportistas(n = 150) (ver tabla 2 en la que se expone la distribución de la muestra de deportistas).

Tabla 2. Distribución de las disciplinas por sexo.

	Mujeres	Hombres
Natación	16	25
Nado sincronizado	12	0
Clavados	8	4
Waterpolo	4	11
Total	40	40

6.3.5.3 Procedimiento.

Para cumplir con los objetivos de este segundo estudio y dar respuesta a las preguntas planteadas se desarrollaron modelos con ecuaciones estructurales. Dichos modelos se diseñaron con el programa AMOS versión 4.01, (Arburckle & Wothke, 1999).

6.4 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables de estudio.

6.4.1 Definiciones conceptuales y operacionales de los factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) asociados con imagen corporal.

Satisfacción/insatisfacción corporal. Su origen es de carácter psicológico-social y de naturaleza cognitiva, es decir interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento y por otro lado, es actitudinal en cuanto a que se refiere a la expresión de afecto y a una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así esta variable implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que una persona socializada internaliza, adopta y construye, como miembro y parte de grupos en su expresión más alta de una cultura (Gómez-Peresmitré, 1993).

Operacionalmente se define como la diferencia positiva (se quiere estar más delgado) o negativa (se quiere tener más volumen o músculo) entre Figura Actual (FA) menos Figura Ideal (FI). A más grande diferencia mayor es la insatisfacción, mientras que satisfacción se define como una no diferencia o una diferencia igual a cero ($FA-FI = 0$) (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1997).

Alteración de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal se determina como la percepción subjetiva del grado de desviación o diferencia entre el peso real y el peso imaginario que un sujeto experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación: el peso real, el peso imaginario y el índice de masa corporal (IMC). La diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el índice de masa corporal del sujeto determina en forma precisa el grado de alteración de la imagen corporal. Esta alteración puede presentarse en dos direcciones como sobreestimación, o bien como subestimación de la imagen corporal real del sujeto (Gómez-Peresmitré, 1995).

De manera operacional se define como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal (que se refiere a como una persona se ve a sí misma en cuanto a tamaño o peso, y el índice de Masa Corporal (IMC).

Índice de masa corporal (IMC). Se conoce como índice de Quetelet o índice de masa corporal. Es un índice propuesto por Quetelet, que se conoce también como segmento

antropométrico y ha mostrado ser un buen indicador de la masa corporal del individuo (Casanueva, 1992).

Definido de forma operacional el IMC es la razón del peso corporal en kilogramos y la talla elevada al cuadrado. Se define operacionalmente como:
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$$

Para diferenciar los puntos de corte que indican el estado nutricional de los sujetos, se utilizan las categorías propuestas por Saucedo y Gómez-Peresmitré (1997). La tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal es la siguiente:

CATEGORIA	PUNTOS DE CORTE
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	Entre 15 y 18.9
Peso normal	Entre 19 y 22.9
Sobrepeso	Entre 23 y 27
Obesidad	Entre 27 y 31
Obesidad extrema	Mayor a 31

6.4.2 Definiciones conceptuales y operacionales de los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.

Dieta crónica y restringida. Es una restricción consciente de la ingesta de alimentos con intenciones relacionadas con el peso corporal e implica si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma (Gómez-Peresmitré, 1995).

Se definen operacionalmente como las puntuaciones obtenidas en la escala que mide factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en la subescala de dieta restrictiva.

Preocupación por el peso y la comida. Es una conducta alimentaria que le permite al individuo conservar un equilibrio y un bienestar respecto a su cuerpo, a su mente, y por lo tanto a su vida. Sin embargo cuando esta preocupación se vuelve excesiva, entonces no resulta extraño que se presenten trastornos alimentarios, ya que, en tales casos, los individuos harán “cualquier cosa” por cumplir con un criterio personal que piensan y sienten que no están siendo satisfechos. Se define operacionalmente como las puntuaciones obtenidas en la escala que mide factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en la subescala de preocupación por la comida.

Conducta alimentaria compulsiva o atracón. Es el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (APA, 2002).

Se definen operacionalmente como las puntuaciones obtenidas en la escala que mide factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en la subescala de conducta alimentaria compulsiva.

6.4.3 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables rasgos de personalidad.

Los rasgos de personalidad investigados están definidos por Pereyra (1985).

Ansioso. Se le define como un estado o condición frecuentemente caracterizado por la alta tensión y una actitud aprensiva. Su opuesto el **tranquilo**, se caracteriza por una actitud apacible, relajada. Algunas de las manifestaciones del ansioso son la excitabilidad excesiva, la pérdida fácil de serenidad o compostura, el exceso en el fumar en la ingestión de alimentos o de la bebida, indigestión pérdida de apetito, el uso cotidiano de medicamentos relajantes, manierismo nervioso como el comerse las uñas, golpecitos con el pie.

La tranquilidad o serenidad, se determina por la sensación de liberación de preocupaciones y ansiedad excesiva, la habilidad para recobrar la compostura rápidamente después de estar sometido a situaciones exasperantes y la ausencia de manierismos nerviosos externos.

Se definirá operacionalmente como la puntuación obtenida por las respuestas dadas a los reactivos que exploran ese rasgo. Cada uno de estos rasgos tiene 4 rangos de calificación, los puntos de corte son: a) excelente que se considera como no hay riesgo, b) aceptable, donde el riesgo es poco, c) es deseable un cambio, donde hay riesgo moderado y d) el cambio es urgente donde el riesgo ya es muy grande. Para este rasgo el rango de 0 a 25 puntos será excelente, de 26 a 50 es aceptable, de 51 a 85 es deseable un cambio y de 86 a 100 el cambio es urgente.

Depresivo. Se le define como pesimista, desanimado o descorazonado. Su opuesto el **alegre** se caracteriza por una actitud o disposición de felicidad.

Los ítems que miden las reacciones o estados depresivos comprenden los estados de apatía, de falta de ánimo, desilusión o pesimismo, preocupación depresiva por la vida, problemas o mala fortuna, extenuación emocional, agotamiento emocional y la contemplación del suicidio.

Alegre o animoso, se caracteriza por una sensación de bienestar y optimismo, la convicción de que la vida es digna de vivirse, que tiene valor y la tendencia a reír y a sonreír de una manera natural. Cuando la puntuación del rasgo depresivo es extremadamente alto y el nervioso son evidentes en personas necesitadas de asistencia psicológica.

Se medirá de manera operacional con la puntuación que arrojen las respuestas obtenidas en los reactivos que exploran este rasgo, los puntos de corte son: un rango de 0 a 23 puntos será excelente; de 24 a 47 puntos es aceptable; de 48 a 79 es deseable un cambio y de 80 a 100 el cambio es urgente.

Activo social. Se le define al individuo que posee energía, entusiasmo y es socialmente activo. El **pasivo,** se caracteriza por la inactividad social, el letargo y actitudes de retraimiento.

Los ítems que miden actividad-energía incluyen la sensación de energía y vitalidad, facilidad y viveza de, movimientos, encuentra gozo en la actividad, es un trabajador infatigable e industrioso, disfruta de una amplia variedad de actividades e intereses y se mantiene en buena condición con ejercicios regulares. La pasividad se caracteriza por la preferencia por una vida reposada y calmada, por el deseo de estar solo más que con gente, y por la escasa participación en eventos o actividades sociales.

Esta variable se define operacionalmente con la puntuación que se obtendrá con base en las respuestas a las preguntas que miden este rasgo, para los puntos de corte una calificación alta de 65 a 100 es excelente, de 35 a 64 es aceptable, de 16 a 34 es deseable un cambio y de 0 a 15 el cambio es urgente.

Expresivo. Se le considera así al individuo espontáneo, afectuoso o cariñoso, abierto o franco. El expresivo comprende la habilidad para ser amigable y amistoso, responsivo al contacto con la gente y el expresarse con animación, entusiasmo, así como el tener muchos amigos', tener consideraciones con los demás en el sentido de ser una persona afectuosa y abierta. El **inhibido** se caracteriza por la incapacidad para expresar sentimientos de ternura y por la tendencia a ser reservado, cohibido, reprimido.

Se definirá como la puntuación obtenida por las respuestas dadas a los reactivos que exploran ese rasgo, una calificación de 76 a 100 puntos es excelente, de 50 a 75 es aceptable, de 21 a 49 es deseable un cambio y de 0 a 230 puntos el cambio es urgente.

Empatía. Se le define empática a la persona benévola, comprensiva y compasiva. Su opuesto la **indiferencia** se caracteriza por la indiferencia, insensibilidad y actitudes poco comprensivas hacia los sentimientos de los demás. También comprende el sentido de interés por el bienestar y salud de los menos afortunados. Se manifiesta este rasgo por la conciencia que tenemos para percatarnos de la necesidad de alientos, bondad y comprensión que requiere una persona en un momento determinado, así como el interés que tengamos por los niños, animales y las personas de edad madura.

Las personas con esta cualidad manifiestan el deseo de ayudar y son solicitadas y buscadas por las personas en los momentos de estrés o dificultades. En contraste la indiferencia indica una ausencia de interés empático por los demás, la tendencia a ser estricto o irreflexivamente poco considerado con los demás, así como la incapacidad para reconocer las necesidades de familiares y amigos.

Se medirá con la puntuación que arrojen las respuestas obtenidas en los reactivos que exploran este rasgo, una calificación de 76 a 100 puntos es excelente, de 51 a 75 puntos es

aceptable, de 21 a 50 es deseable un cambio y si se encuentra en el rango de 0 a 20 puntos es urgente un cambio.

Subjetivo. Se le define así a la persona emotiva, lógica, ensimismada. A su opuesto la **objetividad** se le define como una persona de mente clara, razonable y de actitud lógica. Se podría considerar subjetividad cuando un individuo obtiene una puntuación alta, sus actitudes emocionales tienden a mermar su habilidad para actuar y pensar de manera lógica y desapasionada, esto nos estaría indicando una preocupación por si mismo en ocasiones exageradas. En contraste la objetividad se caracteriza por la habilidad para ser analítico, imparcial, desapasionado, no estar inmerso dentro de la introspección o encontrarse abrumado por dudas internas y miedos o temores.

Se definirá como la puntuación obtenida por las respuestas dadas a los reactivos que exploran ese rasgo, una calificación de 0 a 35 puntos indica que es excelente, de 36 a 64 es aceptable, de 65 a 80 puntos es deseable un cambio y de 81 a 100 puntos indica que el cambio es urgente.

Dominante. Se le define así al individuo seguro de sí mismo, confiado, asertivo y competitivo. Su opuesto el **sumiso**, se le define como dependiente, complaciente y pasivo. Los ítemes del rasgo dominante incluye aquellas características que son indicativas de la fuerza del ego tales como el tener influencia sobre los demás o el deseo de influir sobre los demás o el deseo o influir o cambiar su forma de pensar, incluye las características de autoafirmación, confianza y liderazgo, muestran iniciativa, ser firmes definidos, empáticos,

competitivos, sostener sus convicciones o derechos, hablar en público y disfrutar del desafío que representa un debate.

En contraste el sumiso se guía por la tendencia a dejarse llevar por los otros a fiarse demasiado de otras personas, a darle satisfacción a sus deseos, a no quejarse, a buscar paz a cualquier precio, a dejarse persuadir fácilmente o dejarse controlar por otros. La sumisión revela frecuentemente la carencia de autoestima

Esta variable se define operacionalmente como la puntuación que se obtendrá con base en las respuestas a las preguntas que miden este rasgo, los puntos de corte se manejan de esta manera: una calificación de 51 a 100 puntos, indica que es excelente, de 31 a 50 puntos es aceptable, de 16 a 30 puntos es deseable un cambio y de 0 a 15 puntos indica que el cambio es urgente.

Hostil. Se le define así al individuo crítico, argumentativo, punitivo. Su opuesto el **tolerante** es aquel individuo paciente, aceptante de actitudes muy humanas. Incluyen ítems en este rasgo, que muestran la tendencia a ser críticos, irreflexivos o con actitudes y modales demasiado desconsiderados. Estas actitudes de hostilidad se miden de manera más específica por medio de ítems que detectan la tendencia a sentirse superior, ser arrogante, impaciente, sarcástico, contencioso (el que disputa o contradice) irrazonable, así como el sentir desdén por la debilidad de otros.

La tolerancia por otra parte se mide por los ítems que muestran un profundo respeto por los seres humanos, ausencia de prejuicios religiosos y raciales, actitudes pacientes e indulgentes y abstenerse de estarse quejando o de criticar a los demás.

Esta variable se define operacionalmente como la puntuación que se obtendrá con base en las respuestas a las preguntas que miden este rasgo, una calificación de 0 a 30 puntos se considera como excelente, de 31 a 55 puntos es aceptable, de 56 a 75 indica que el cambio es deseable, y de 76 a 100 el cambio es urgente.

Autodisciplinado. Se le define así a la cualidad de ser metódico, controlado y perseverante. Su opuesto el **impulsivo**, se define como la tendencia a ser desorganizado, con poco control y cambiante. Los reactivos que miden autodisciplina comprenden las características de limpieza, regularidad y orden, la habilidad para organizar y planear, el tener paciencia y perseverancia, la inclinación a establecer objetivos, hacer planes con anticipación, ser metódico y reflexivo, el mantener las cosas en su lugar, el pensar antes de actuar, el evitar cambios frecuentes de intereses y objetivos y el tener un buen autocontrol.

La impulsividad por otra parte se mide por ítems que indican precipitación o apresuramiento al tomar decisiones, vacilación, habilidad deficiente para planear, a ser fácilmente provocado, a meterse en tíos por acciones apresuradas, así como la falta de habilidad para romper los malos hábitos.

Se medirá operacionalmente con la puntuación que arrojen las respuestas obtenidas en los reactivos que exploran este rasgo, de 65 a 100 puntos la calificación es excelente, de 40 a 64 indica que es aceptable, de 21 a 39 indica que es deseable un cambio y en el rango de 0 a 20 el cambio es urgente.

6.5 Instrumentos, aparatos y mediciones.

Se utilizaron el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Péresmitré 1998) de formato xx para mujeres y formato xy para hombres y el Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson T-JTA (Pereyra, 1985).

6.5.1 Cuestionario de Alimentación y Salud.

El Cuestionario de Alimentación y Salud explora las siguientes áreas (ver anexo A).

Área sociodemográfica (Sección A). Edad, sexo, años de estudio del padre y de la madre, ocupación de estos, nivel socioeconómico, tipo de escuela, lugar que ocupa entre sus hermanos y si tiene o ha iniciado vida sexual y si tiene hijos o no.

Imagen corporal (Sección B, E)). Mide la variable satisfacción/insatisfacción por medio de dos escalas, una visual con nueve siluetas, elaborada por Thompson y Gray (1991) y otra por medio de preguntas (Sección F).

Presencia de dieta (Sección C). Explora presencia de dieta, edad en la que se ha iniciado, cuanto tiempo se tiene de llevarla a cabo. Valor total de alpha = 0.90

Sección D Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) que está compuesta por los factores, Conducta alimentaria compulsiva, Preocupación por el peso y la comida y Dieta crónica y restringida, con los siguientes valores psicométricos (ver escalas para hombres y para mujeres).

Escala para mujeres.

Factor 1 Conducta alimentaria compulsiva.		
E16	Paso por periodos en los que como en exceso.	.43929
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
F2	Siento que mi forma de comer se sale de control.	.79064
F3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.74727
F4	No soy consciente de cuanto como.	.66033
F5	Siento que no puedo parar de comer.	.80983
F6	Como sin medida.	.79753
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
F8	Difícilmente pierdo el apetito.	.40022
F14	Soy de los que se hartan (se llenan de comida).	.52215
F20	Siento que como de más de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
F21	Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa.	.45587

Eigen value = 12.4 Varianza explicada = 16.5% Alpha = .9051

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida.		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.5780
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”.	.64573
E23	Evito comer harinas y/o pasta para no subir de peso.	.68226
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
F18	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida.	.55815
F22	Me deprimó cuando como de más.	.48531

Eigen value = 5.52 Varianza explicada = 7.4% Alpha = .8242

Factor 3 Dieta crónica y restrictiva.		
E10	Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”.	.57328
F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.48691
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.46423
F12	Cuando estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.	.41047
F15	Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	.59416
F16	Pertenezco al club de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	.62004
F17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55259
F19	Si no veo comida me la puedo pasar sin comer.	.46706

Eigen value = 1.93 Varianza explicada = 2.6% Alpha = .8136

Escala para hombres

Factor 1 Conducta alimentaria compulsiva.		
E31	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	.41342
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.64982
F2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.74363
F3	Mi problema es empezar a comer pero cuando empiezo nadie me detiene.	.70806
F4	No soy consciente de cuanto como.	.66876
F5	Siento que no puedo parar de comer.	.71884
F6	Como sin medida.	.72548
F7	Me asusta ánsar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.50121
F20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.41833

Eigen value = 11.23 Varianza explicada = 15% Alpha = .8602

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida.		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.47915
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.62974
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos “engordadores”.	.64006
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68759
E24	Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	.45554
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.51079
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.70754
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.51449

Eigen value = 5.23 Varianza explicada = 7% Alpha = .8076

Factor 3 Dieta crónica y restrictiva.		
F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.71723
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.70527
F12	Cuando estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.	.54768
F15	Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	.61613
F16	Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.64157

Eigen value = 3.42 Varianza explicada = 4.6% Alpha = .8052

6.5.2 Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson.

La confiabilidad y validez del T-JTA para población mexicana fue obtenida por Pereyra en 1985. La confiabilidad del instrumento en cuestión, se obtuvo a través del método Test-Retest, realizando dos evaluaciones, los resultados fueron:

Primera Evaluación

Escalas	Coefficiente de correlación
A. Ansioso	.82
B. Depresivo	.85
C. Activo social	.79
D. Expresivo-Responsivo	.83
E. Empático	.71
F. Subjetivo	.75
G. Dominante	.84
H. Hostil	.79
I. Autodisciplinado	.87

Segunda Evaluación

Escalas	Coefficiente de correlación
A. Ansioso	.88
B. Depresivo	.90
C. Activo social	.88
D. Expresivo-Responsivo	.89
E. Empático	.74
F. Subjetivo	.79
G. Dominante	.89
H. Hostil	.84

I. Autodisciplinado .87

En la primera evaluación, el grupo estaba constituido por 81 sujetos, con un intervalo de tiempo en la aplicación de dos semanas, en la segunda, el grupo se constituyó por 50 sujetos con un intervalo de tiempo de 3 semanas.

La consistencia interna de las 9 escalas se estimó por medio de la división por mitades y análisis de varianza.

División por mitades (1138 sujetos)

Escalas	Coefficiente de correlación
A. Ansioso	.80
B. Depresivo	.86
C. Activo social	.77
D. Expresivo-Responsivo	.74
E. Empático	.71
F. Subjetivo	.75
G. Dominante	.76
H. Hostil	.79
I. Autodisciplinado	.82

Escalas	Coefficiente de correlación (1900 sujetos)
A. Ansioso	.85
B. Depresivo	.90
C. Activo social	.79
D. Expresivo-Responsivo	.86
E. Empático	.77
F. Subjetivo	.82
G. Dominante	.76
H. Hostil	.82
I. Autodisciplinado	.82

La validez obtenida para el T-JTA fue validez concurrente.

La validez concurrente a los psicólogos se les solicitó que calificaran a los clientes que se encontraran bajo su cuidado. Pidiéndoles que seleccionaran a aquellos cuya dinámica de personalidad les fuera completamente familiar. El T-JTA se les administró subsecuentemente y las calificaciones se compararon enseguida con las calificaciones de psicólogos. En muchos casos las predicciones resultaron duplicados por los tests con bastante cercanía; en otros hubo solamente ligeras variaciones en unos pocos rasgos.

Para la validez de constructo se calcularon correlaciones con otros inventarios de personalidad como son el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el de Preferencias Especiales de Edwards.

El T-JTA explora las siguientes áreas (Ver anexo B):

Rasgo A. ansioso vs. tranquilo, apacible, sereno. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 3, 7, 15, 17, 25, 27, 32, 35, 38, 40, 44, 47, 56, 62, 65, 68, 70, 72, 75 y 80.

Rasgo B. depresivo vs. alegre, animoso, optimista, jovial. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 94, 97, 101, 104, 116, 118, 127, 130, 135, 137, 139, 142, 146, 152, 155, 159, 169, 171, 176 y 180.

Rasgo C. activo social vs. pasivo, retraído. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 2, 6, 9, 13, 16, 19, 24, 26, 28, 33, 37, 42, 45, 55, 64, 76, 78, 82, 87 y 89.

Rasgo D. expresivo-responsivo vs. inhibido. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 91, 93, 98, 100, 105, 110, 112, 121, 128, 131, 138, 141, 143, 148, 151, 157, 163, 170, 174 y 178.

Rasgo E. empatía vs. indiferencia. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 1, 4, 12, 18, 21, 36, 46, 49, 51, 53, 57, 60, 69, 71, 73, 81, 84, 86, 88 y 90.

Rasgo F. subjetividad vs. objetividad. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 99, 102, 107, 109, 114, 119, 123, 134, 136, 140, 144, 150, 154, 160, 162, 165, 167, 173, 175 y 179.

Rasgo G. dominante vs. sumiso. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 5, 8, 10, 14, 23, 29, 31, 34, 39, 41, 43, 48, 50, 52, 54, 59, 63, 67, 74 y 85.

Rasgo H. hostil vs. tolerante. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 92, 96, 103, 106, 108, 111, 113, 117, 122, 125, 129, 132, 145, 147, 149, 156, 158, 161, 164 y 172.

Rasgo I. autodisciplinado vs. impulsivo. Explora la presencia de este rasgo con los reactivos: 11, 20, 22, 30, 58, 61, 66, 77, 79, 83, 95, 115, 120, 124, 126, 133, 153, 166, 168 y 177.

Se utilizó una báscula digitalizada Excel con una capacidad de 300 kg y, 0.50 g de precisión para medir el peso y la talla de cada participante de la investigación, se utilizó un estadímetro de madera de 2 metros

6.6 Procedimiento.

Primera etapa. Para alcanzar los objetivos de la primera etapa 1) Se llevó a cabo un estudio piloto de los instrumentos en una muestra de deportistas de la misma disciplina (natación) que se investigó, aunque no del mismo nivel, ya que los del estudio piloto no fueron de alto rendimiento y 2) para esta misma etapa y para el primer estudio de la segunda etapa se aplicaron los instrumentos en forma grupal en los salones de clase. Se dio información a los directivos, entrenadores y participantes, además se les pidió a estos últimos firmar el consentimiento informado y se les dijo que cada quién era libre de contestarlo, y de retirarse en el momento que lo decidiera; se hizo énfasis en el carácter confidencial y anónimo de las respuestas. Posteriormente se llevó a cabo un segundo estudio, el cual consistió en elaborar modelos de ecuaciones estructurales para investigar las relaciones entre las variables de estudio.

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos propuestos así como responder a las preguntas de la investigación se procedió a realizar en primer lugar un estudio piloto mismo que se reporta a continuación.

Capítulo 7. Estudio piloto.

7.1 Introducción.

La actividad física en general y el deporte en particular constituyen actividades y fenómenos profunda y extensamente instaurados en nuestra sociedad occidental actual. Es uno de los fenómenos socioculturales más importantes, contradictorios e influyentes del presente siglo. Dicha actividad se encuentra presente y afecta la vida de una cantidad indeterminada de personas, de varias edades y generaciones, De acuerdo con Soto (2001), el deporte ocupa un lugar prominente en nuestra sociedad, lo que sucede en y alrededor del deporte es cobertura diaria en medios noticiosos, incluso sobrepasando en amplitud a tópicos tan importantes como es la economía de un país.

Según Norris, Carroll y Cochrane (1992), también está probado que la actividad física tiene influencia benéfica, moderando la intensidad los estados emocionales negativos: cólera, desdén, disgusto, tristeza, hostilidad, miedo, rabia, vergüenza, culpa. De hecho la práctica de una actividad física parece tener un efecto antidepresivo general, efecto que se desarrolla gradualmente a medida que, una vez iniciada, prosigue el entrenamiento de la actividad en cuestión.

Sin embargo se ha ido introduciendo la posesión de un cuerpo delgado y asentando poco a poco en el concepto de rendimiento en algunos deportes. Se considera que el cuerpo delgado permite mayor eficacia motora (velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.), pero también más valoración estética, este hecho ha sido cada vez más frecuente en los últimos años (Toro, 1996).

Augestad, Saether y Gotestam (1999), examinaron la relación entre rasgos de personalidad, TCA, tipo de actividad física, nivel de competencia y horas de actividad física a la semana, en mujeres deportistas. En este estudio encontraron que no hubo diferencia entre la prevalencia de TCA con el nivel de competencia y el tiempo de llevar a cabo la actividad física. Por otra parte se encontró que quienes tenían TCA mostraron niveles más altos de ansiedad y hostilidad y al mismo tiempo más baja socialización a comparación de las mujeres que no tenían TCA, concluyendo que las deportistas con ciertos rasgos de personalidad eran más propensas a desarrollar TCA.

Por otra parte Diment y Terry (2003), realizaron un estudio sobre la personalidad en nadadores de acuerdo a su nivel de competencia, estudiando las variables de enojo, confusión, depresión, fatiga, extraversión, neuroticismo, vigor, tensión y psicoticismo encontrando, que existían diferencias en las tres últimas, dependiendo del nivel de rendimiento de los nadadores.

Casarico (2004), menciona que para la evaluación de la personalidad del deportista, primero hay que conocer tanto la situación como los rasgos psicológicos de los individuos. Ninguna prueba o inventario psicológico puede predecir el éxito deportivo de un jugador ó equipo aisladamente, ya que se deberían tener en cuenta muchas variables.

En virtud de la relevancia social del deporte y del papel (protector o de riesgo) que juega en relación al proceso salud-enfermedad, y dado no sólo el poco conocimiento en torno a esto, sino la inconsistencia del mismo, se consideró necesario la realización de un estudio piloto como un paso antecedente a la investigación propiamente dicha.

7.2 Método.

Las definiciones de objetivos, preguntas de investigación e instrumentos se describen en el capítulo 6 (páginas 87, 88 y 95).

7.3 Descripción de la muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística de $N = 80$ adolescentes deportistas de natación y no deportistas, la cual estuvo subdividida como sigue:

- 1) Mujeres adolescentes deportistas ($N = 20$) 2) hombres adolescentes deportistas ($N = 20$)
- 3) mujeres adolescentes no deportistas ($N = 20$) 2) y 4) hombres adolescentes no deportistas ($N = 20$). La muestra total tuvo una edad promedio de $X = 15.36$ y una $S = 1.19$. (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable edad por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.

	Mujeres deportistas $N = 20$		Hombres deportistas $N = 20$		Mujeres no deportistas $N = 20$		Hombres no deportistas $N = 20$		Total	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Edad	15.40	.88	15.30	1.17	15.65	1.42	15.10	1.25	15.36	1.19
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
14 años	3	15	5	25	7	35	10	50	25	31.12
15 años	8	40	9	45	2	10	2	10	21	26.25
16 años	7	35	2	10	3	15	4	20	16	20
17 años	2	10	3	15	7	35	4	20	16	20
18 años	0	0	1	5	1	5	0	0	2	2.5

7.4 Resultados.

Con el propósito de cubrir los objetivos propuestos en el presente estudio se procedió en primer lugar al análisis descriptivo de las variables relacionadas con los rasgos de personalidad investigados. Enseguida se describen los resultados.

7.4.1 Análisis descriptivo de los rasgos de personalidad.

Variable ansiedad.

En la variable de ansiedad los grupos de no deportistas (hombres y mujeres) y los hombres deportistas mostraron mayor problema en el manejo de esta variable, al encontrarse en un rango de cambio deseable, de acuerdo a los parámetros propuestos por Taylor y Johnson. Las mujeres deportistas tuvieron una calificación aceptable.

Variable depresión.

En esta variable los grupos de deportistas (hombres y mujeres) y el grupo de mujeres no deportistas mostraron un rango de manejo aceptable de la depresión. Los hombres deportistas tuvieron más problema para el manejo de la depresión la calificación obtenida señalaba “es deseable un cambio”.

Variable actividad social.

Con respecto a la actividad social, los grupos no mostraron tener problemas: las mujeres no deportistas tuvieron un manejo excelente de la variable, y los otros grupos obtuvieron una calificación “aceptable”.

Variable expresión.

Al observar el comportamiento de los grupos en el manejo del rasgo expresión, los grupos de deportistas y el grupo de mujeres no deportistas se encontraron en un rango “aceptable”, mientras que para los hombres no deportistas se encontró que es deseable un cambio.

Variable empatía.

Con respecto al manejo de la variable empatía se encontró que todos los grupos deportistas, como de no deportistas requerían de un cambio.

Variable subjetividad.

En la variable subjetividad, los resultados de las mujeres y hombres deportistas y las mujeres no deportistas se ubicaron en un rango de manejo aceptable de este rasgo, cabe señalar que los hombres no deportistas fueron nuevamente los únicos en requerir un cambio deseable en el manejo de la misma.

Variable dominancia.

En esta variable llama la atención que ningún grupo presentó problemas en el manejo de la dominancia. Los grupos no deportistas y las mujeres deportistas mostraron

tener un manejo excelente de la misma, mientras que los hombres deportistas tuvieron una calificación de aceptable. También se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa por sexo ($t = 2.98$, $p = .004$) en la que la media marginal de la mujer ($X = .70$) es mayor a la del hombre ($X = .54$), lo que de acuerdo con la prueba de Taylor y Johnson indica que los hombres son más sumisos que las mujeres.

Variable hostilidad.

Con respecto a esta variable se observa que los deportistas y las mujeres no deportistas presentan problema en el manejo de la misma, al situarse en un rango de “es deseable un cambio”. Sin embargo es importante señalar que en los hombres no deportistas el cambio es urgente.

Variable autodisciplina.

Al observar este rasgo, se puede notar que los deportistas y las mujeres no deportistas presentan una calificación de “aceptable”, en tanto que nuevamente son los hombres no deportistas los que mostraron una calificación que indica que es deseable un cambio. Puede apreciarse también que el análisis arroja diferencias estadísticas, tanto por sexo ($t = 2.06$, $p = .042$) como por deporte ($t = 2.04$, $p = .044$). De acuerdo con los valores de las medias fueron los deportistas con ($X = .54$) quienes mostraron más autodisciplina en comparación con su contraparte no deportistas ($X = .39$), mientras que fueron las mujeres ($X = .54$) quienes presentaron mayor autodisciplina que los hombres ($X = .39$).

Con el propósito de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas (ver página 87) se procedió a efectuar los siguientes análisis.

7.4.2 Análisis diferencial de rasgos de personalidad por deporte y por grupo.

Con el propósito de analizar y comparar grupos y relaciones entre factores de personalidad y factores de riesgo en TCA, se procedió a la aplicación del análisis de varianza (ANOVA). Se analizaron los nueve rasgos de personalidad, sin embargo solo en los rasgos actividad social y dominancia se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mismas que se exponen enseguida.

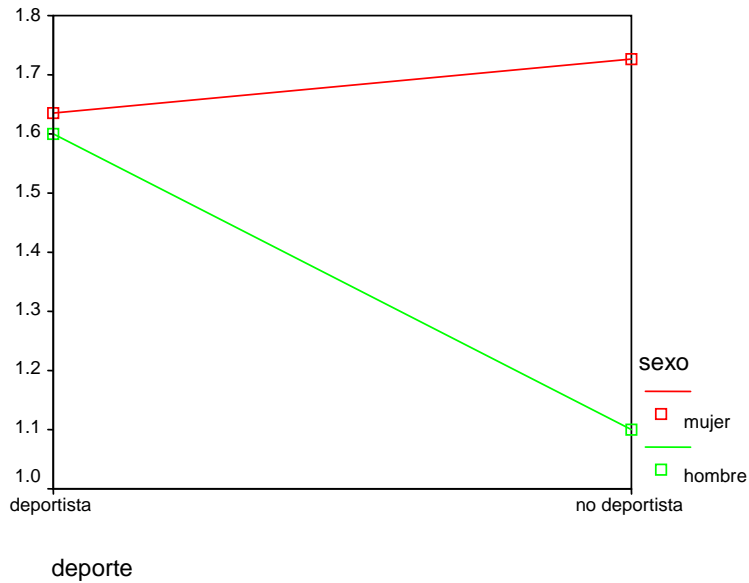
Los resultados de la variable actividad social (variable dependiente), en relación con grupo (deportista/no deportista) y sexo (mujer y hombre), muestran una interacción significativa, entre las variables deporte por sexo ($F_{1,38} = 4.329$, $p = .044$), y diferencia significativa en el factor principal sexo ($F_{1,38} = 5.460$, $p = .025$). Los valores de las medias, indican que el grupo de hombres no deportistas mostraron menos actividad social, ($X = 1.10$, $S = .15$) mientras que el grupo de mujeres no deportistas fue el que mostró más este rasgo que cualquiera de los otros grupos. ($X = 1.64$, $S = .14$)

Estos resultados pueden apreciarse mejor gráficamente en la caída tan pronunciada de la pendiente (figura 1) que describe la relación actividad social-pasividad-hombre deportista-no deportista, en comparación con la pendiente que describe el mismo rasgo en mujeres deportistas-no deportistas

Tabla 4. ANOVA. Efectos principales en actividad social.

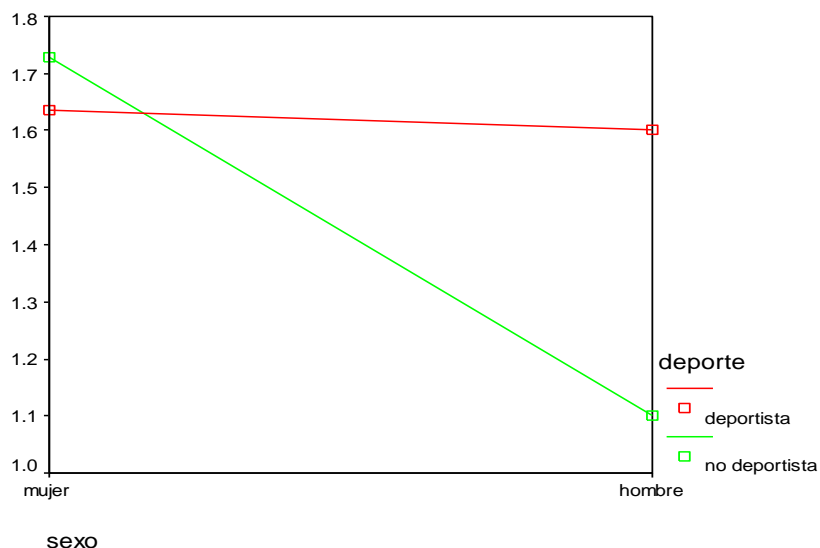
	F	p
Actividad social efecto principal deporte por sexo	(1.38) = 4.329	0.44
Actividad social efecto principal sexo	(1.38) = 5.460	0.25

Figura 1. Interacción estadísticamente significativa. Actividad social por deporte y por sexo.



Debido a que además de que resultó significativa la interacción deporte por sexo, también fue significativo el efecto principal sexo, se procedió a la prueba de inversión de ejes y como puede apreciarse en la figura 2, la interacción resultó no ordinal por lo que de acuerdo con Keppel (1973), solamente se interpretó la interacción.

Figura 2. Inversión de ejes. Actividad social por sexo y por deporte.



Al analizar los resultados de la variable dependiente dominancia, con respecto a sexo y deporte, sólo el efecto principal sexo, reportó significancia ($F(1,37) = 6.969, p = .012$). De acuerdo con el valor de las medias puede decirse que los hombres son más sumisos ($X = 1.33, S = 1.0$) en comparación con las mujeres ($X = 1.73, S = .12$).

Tabla 5. ANOVA. Efectos principales en dominancia.

	F	p
Dominancia efecto principal sexo	(1.38) = 6.969	0.12

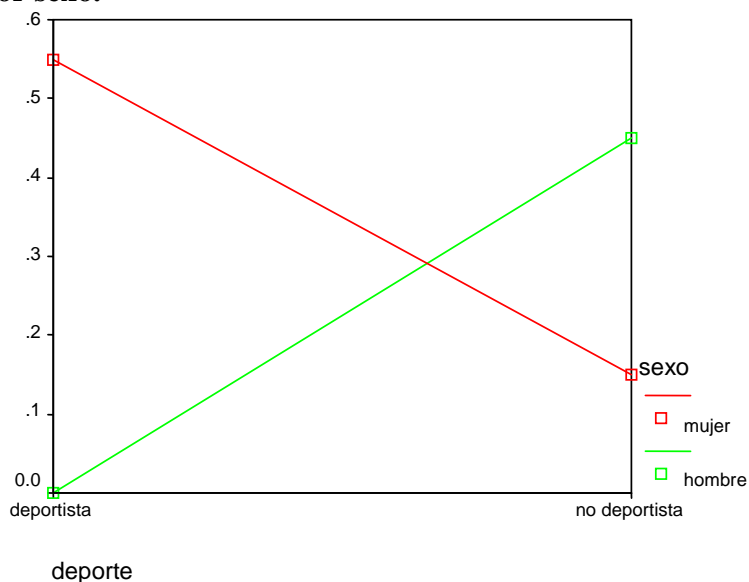
7.4.3 Factores de riesgo en TCA por sexo y por deporte.

Con respecto a la variable dependiente insatisfacción corporal se encontró una interacción significativa en deporte por sexo ($F(1, 76) = .534, p = .015$). De acuerdo con las medias es el grupo de hombres deportistas los que se encuentran satisfechos con su cuerpo o imagen corporal, ($X = 0, S = .17$) mientras que el grupo de las mujeres deportistas

se encuentra en el otro extremo, muy insatisfechas; ($X = .55$, $S = .17$) les siguen en insatisfacción los hombres no deportistas ($X = .45$, $S = .17$).

En la figura 3 se aprecia claramente cómo responde la variable satisfacción corporal con la intervención conjunta de las variables deporte y sexo. Mientras que la relación simple entre satisfacción corporal y sexo ha mostrado frecuentemente que los hombres se sienten más satisfechos que las mujeres, cuando se analiza con otra variable como el deporte, se acentúa la satisfacción en el hombre deportista, pero esto se invierte en la mujer. Cuando ésta es deportista, sigue estando muy insatisfecha y es la mujer no deportista quién se muestra menos insatisfecha.

Figura. 3. Interacción estadísticamente significativa. Insatisfacción corporal por grupo y por sexo.

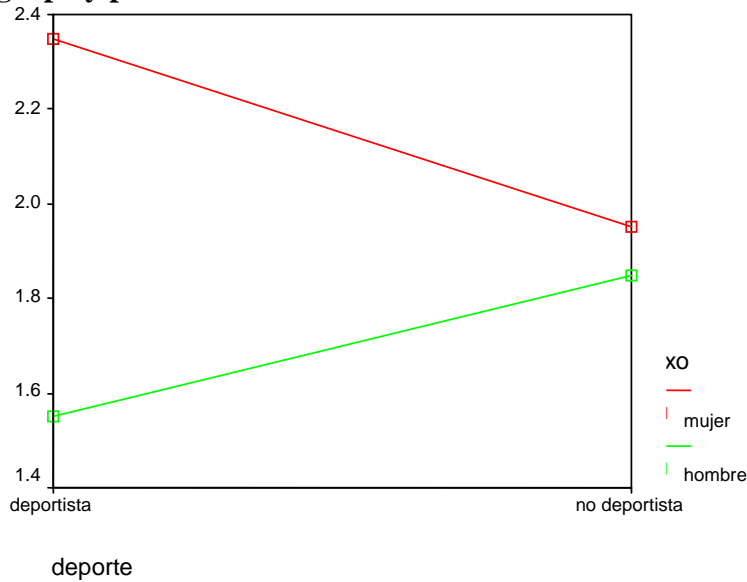


Al comparar la variable dependiente preocupación por el peso y la comida, se encontró una interacción significativa en deporte por sexo, ($F_{1,76} = 4.774$, $p = .032$), así

como una diferencia en el efecto principal sexo ($F_{1,76} = 7.892, p = .006$). El grupo con más presencia de esta variable de acuerdo con las medias, fue el de mujeres deportistas ($X = 2.35, S = 1.6$), seguido del grupo de mujeres no deportistas ($X = 1.95, S = 1.6$), mientras que el grupo de hombres deportistas resultó el de menos puntuación ($X = 1.55, S = 1.6$).

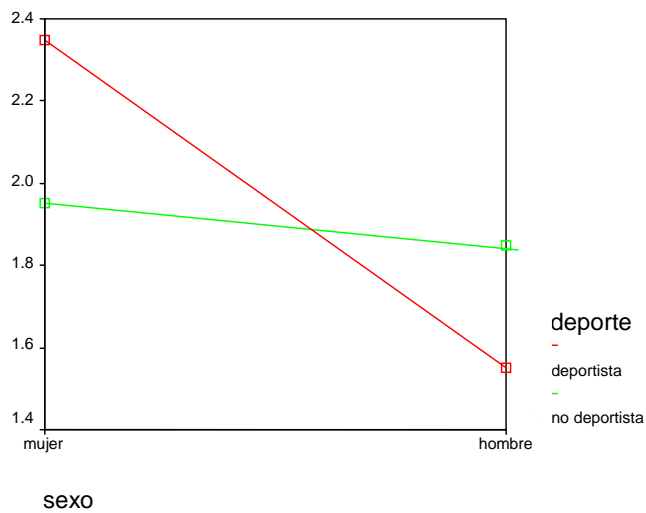
En la figura 4 la relación encontrada muestra que las mujeres deportistas son las más preocupadas por el peso y la comida, en comparación con los hombres deportistas que son los menos preocupados. Mientras que la preocupación de los grupos no deportistas (hombres y mujeres) son similares.

Figura. 4. Interacción estadísticamente significativa. Preocupación por el peso y la comida por grupo y por sexo.



Se procedió a realizar la prueba de inversión de ejes, como puede observarse en la figura 5 la interacción fue no ordinal por lo que solo se interpretó la interacción.

Figura 5. Inversión de ejes. Preocupación por el peso y la comida por sexo y por grupo.



7.4.4 Correlación rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.

Con el propósito de estudiar la relación entre los rasgos de personalidad y factores de riesgo se procedió a la aplicación de la R de Spearman. Ahora bien en relación al análisis de intercorrelaciones puede verse en la tabla 6 que las Rs más altas fueron $R_s > .25$ entre ansiedad e insatisfacción corporal, ansiedad y preocupación por el peso y la comida; entre depresión e imagen corporal. En general las Rs entre rasgos de personalidad y factores de riesgo fueron de magnitud media y baja.

Llama la atención la relación que el rasgo hostilidad establece con todos los factores de riesgo investigados, preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal, comer compulsivo y dieta restrictiva, en ese orden de más a menos. En el otro extremo dominancia no se relaciona con los factores de riesgo con excepción de dieta restringida y

preocupación por el peso y la comida, a más dieta mayor dominancia y mayor preocupación más dominancia. Por último debe señalarse al contrario de lo que se esperaba que ansiedad y depresión no se relacionan con dieta restrictiva, aunque si lo hacen con conducta alimentaria compulsiva.

Tabla 6. Coeficientes R de Spearman entre las variables de personalidad y factores de riesgo en TCA.

	Ansiedad	Depresión	Dominancia	Hostilidad
Insatisfacción corporal N	.27* 80	.34* 80	.02 80	.32** 80
Conducta alimentaria compulsiva N	.20 80	.31* 80	.11 80	.22* 80
Preocupación por el peso y la comida N	.35* 80	.22* 80	.22* 80	.26** 80
Dieta restringida N	.20 80	.17 80	.29** 80	.29* 80

** Correlación significativa al nivel 01.

* Correlación significativa al nivel 05.

7.4.5 Correlación intrarrasgos de personalidad.

Habiendo encontrado que la aplicación del instrumento de Taylor y Johnson, ocupaba mucho tiempo y al parecer de los participantes este era muy largo, se procedió a correlacionar entre sí los rasgos con el propósito de eliminar aquellos que resultaran redundantes ($R \geq .90$). Razón por la cual se utilizó un procedimiento extremo y se aplicó el de cuartiles. Los resultados de este procedimiento mostraron $R > .90$ entre depresión y subjetividad, y entre actividad social y expresión. Razón por la cual se eliminaron del instrumento los rasgos de expresión, empatía, subjetividad y autodisciplina. De esta manera el instrumento de Taylor y Johnson quedó con 5 factores (100 reactivos en lugar de los 180 originales).

7.5 Discusión.

Entre los resultados más relevantes de la relación de los rasgos de personalidad y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria tomando en cuenta deporte y sexo, cabe subrayar la presencia de interacciones significativas, en las que se encontraron efectos por grupo (deportista/no deportista) y por sexo en las siguientes variables: 1) Actividad social, por ejemplo, los hombres y mujeres deportistas muestran un adecuado manejo del rasgo activo social, mientras que el hombre no deportista se aleja significativamente de un manejo adecuado. La interacción señala que el rasgo activo social debe entenderse en conjunción con el deporte y el sexo: por ejemplo las mujeres sean o no deportistas son menos pasivas que los hombres; y entre estos, es el que hace deporte el que se muestra menos pasivo que el que no lo hace; 2) Insatisfacción corporal, en la que se encontró al deporte asociado con insatisfacción pero solo en el caso de los hombres ya que las mujeres deportistas son las más insatisfechas, en cambio los hombres y mujeres no deportistas se encuentran menos insatisfechos y 3) Preocupación por el peso y la comida, mostró que las mujeres deportistas son las más preocupadas por el peso y la comida, al contrario de los hombres deportistas, mientras que los grupos de no deportistas tienen niveles bajos de preocupación, aunque no tanto como los de los hombres deportistas.

Ahora bien ¿Cómo resultaron las relaciones entre los rasgos de personalidad y los factores de riesgo en TCA? Se encontró que éstas fueron más bien medias y bajas, aunque estadísticamente significativas, no obstante que las n's fueron más bien pequeñas. Sin

embargo la aportación teórico-práctica de estas es valiosa. Por ejemplo depresión, se relaciona con conducta alimentaria compulsiva. Señalando que la alimentación compulsiva se puede disparar tanto por ansiedad (pensando que la comida tranquiliza) o bien por depresión (considerando que la comida puede quitar la tristeza). También se encontró que ansiedad se asocia con preocupación por el peso y la comida.

Por otra parte, insatisfacción corporal, se relaciona con conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, y con dieta restrictiva y se confirma una vez más (después del reporte del estudio piloto) que hostilidad está significativamente relacionada con los principales factores de riesgo en TCA.

Los resultados señalan que la variable hostilidad se relaciona con comer compulsivo; los que tienen mayor hostilidad tienen conducta alimentaria compulsiva sin importar si son deportistas o no. Resulta interesante señalar que a mayor preocupación por el peso y la comida se presenta mayor hostilidad (Ver tabla 6). Como es bien sabido, uno de los factores de riesgo de mayor importancia, en tanto puede disparar un trastorno de la conducta alimentaria es el de dieta restringida. Al respecto se encontró que ésta se asociaba con alta hostilidad. Este mismo factor, dieta restrictiva, se encontró significativamente relacionado con preocupación por el peso y la comida; a mayor dieta restrictiva mayor preocupación por el peso. El factor de riesgo preocupación por el peso y la comida, resulta afectado por la ansiedad. Se encontró que a mayor ansiedad, se presentaba en mayor medida preocupación por el peso y la comida. Con respecto a la variable insatisfacción

corporal, ésta se vio afectada por la variable depresión; se encontró que a mayor depresión, se presentaba mayor insatisfacción con la imagen corporal; mientras que la variable depresión, se encontró afectada por la variable conducta alimentaria compulsiva, así a mayor depresión mayor presencia de este factor.

Con respecto al análisis de correlación entre rasgos de personalidad, debe señalarse que la correlación se obtuvo con el método de puntuaciones extremas, eliminando las puntuaciones intermedias, para efecto de estimar redundancia de las mediciones, cabe destacar al respecto cuatro principales resultados: las correlaciones altas y positivas que indican que las variables depresión y subjetividad están midiendo lo mismo, lo cual es altamente creíble ya que la subjetividad, (pensamiento no apegado a la realidad y dirigido por la propia problemática) puede causar depresión o viceversa; estar deprimido puede elevar la subjetividad. Estas relaciones deberán someterse a más investigación. Lo importante es que con base en estos resultados, se eliminará, en la investigación propiamente dicha uno de los factores, lo que redundará en la reducción del tiempo de aplicación.

Con respecto al otro resultado, se encontró también una correlación alta, actividad social con expresión. Esta relación resulta clara pues la actividad social se realimenta de la expresión y ésta con actividad social. De la misma manera al eliminar el rasgo expresión se podrá reducir el tiempo de aplicación que fue una de las quejas constantes, por lo largo de la prueba en la recolección de datos.

Al realizar la correlación entre hostilidad y autodisciplina, se encontró una correlación que indica que a más hostilidad mayor impulsividad, esta relación es notable, ya que como señalan Taylor y Johnson, una persona hostil al tener problemas en sus relaciones con los demás, una de sus características será la impulsividad, es decir no pensar en las consecuencias de sus actos. Por lo que en este caso se eliminará el rasgo autodisciplina.

Por último en la correlación expresión con empatía, también se encontró una relación alta y positiva, siendo muy creíble, ya que una persona empática, tiene también altos niveles de expresión, por lo que al estar midiendo lo mismo se procedió a eliminar también el rasgo de empatía.

Así mismo actividad social se correlacionó alto ($R = .91$) con dominancia. Otra correlación más alta ($R = .92$), fue la de ansiedad y hostilidad. Debe subrayarse la importancia de las correlaciones encontradas, que en un buen número fueron de magnitud media y alta y altamente significativas (< 0.001), por el procedimiento seguido (correlaciones con puntuaciones extremas). Por lo cual las correlaciones son altas aún cuando las n 's son pequeñas, como fue el caso de este análisis. Es importante dejar asentado que en general las correlaciones intrarrasgos de personalidad son buenas.

Capítulo 8. Primer estudio.

8.1 Introducción.

La actividad física y deportiva, en la sociedad contemporánea se ha convertido en uno de los principales indicadores capaces de garantizar el aumento de la calidad de vida de la población, de ahí la gran importancia que adquiere desde el punto de vista social. Pero la actividad física y deportiva o cultura física, como verdaderamente se le debe denominar desde el punto de vista científico va más allá, (Mozo, 2003).

Cuando el deporte se practica en exceso supone presencia de riesgo, como puede ser la dependencia a la actividad física. Así pues la interrupción del ejercicio físico produce un verdadero síndrome de abstinencia por lo que conviene esclarecer el carácter potencialmente adictivo de la actividad física (Bamber, Cockerill & Carroll, 2000).

Goldfield, Blouin, y Woodside (2006), realizaron un estudio comparando fisicoculturistas que habían competido durante mucho tiempo, fisicoculturistas que solo hacían la actividad por pasatiempo y hombres con bulimia nervosa, encontrando que los fisicoculturistas que competían presentaban tasas más altas de preocupación por el peso y atracones, sin embargo tenían menos problemas de psicopatología al compararlos con los hombres con bulimia nervosa.

DiBartolo y Shaffer (2002) compararon deportistas con no deportistas, midiendo variables tales como insatisfacción corporal, trastornos afectivos, razones para realizar ejercicio y autopercepción, encontrando que los no deportistas tenían más sintomatología de TCA y más problemas psicopatológicos.

Patel et al. (2003) estudiaron una muestra de atletas adolescentes, entre sus resultados encontraron que algunos de los atletas presentaban conductas compensatorias con el objetivo de perder peso, los autores confirmaron que los atletas que participan en deportes que exigen un peso determinado son los que están en mayor riesgo.

En virtud de la relevancia social del deporte y del papel (protector o de riesgo) que puede tener en relación al proceso salud-enfermedad y dado no sólo el escaso conocimiento en torno a esto, sino la inconsistencia del mismo, se consideró necesario realizar una investigación en deportistas mexicanos de alto rendimiento, con el objetivo de determinar la relación entre factores de riesgo de la conducta alimentaria (TCA), y los rasgos de personalidad comparando por grupo (deportistas y no deportistas) y por sexo (hombres y mujeres).

8.2 Método.

El método se encuentra descrito en el capítulo 6 (páginas 90, 91 y 107).

8.3 Descripción de la muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística de $N = 600$ adolescentes, la cual estuvo subdividida como sigue: 1) $n = 150$ mujeres adolescentes deportistas de alto rendimiento, 2) $n = 150$ hombres adolescentes deportistas de alto rendimiento, 3) $n = 150$ mujeres adolescentes no deportistas y 4) $n = 150$ hombres adolescentes no deportistas. La edad promedio de la muestra total fue de $M = 15.10$ ($DE = 1.94$). Los grupos fueron igualados en edad y escolaridad (ver tablas 7 y 8 figuras 6 y 7). Puede verse en la tabla 7 que la edad promedio del grupo de mujeres deportistas fue de $M = 15.32$ ($DE = 2.00$) mientras que la del grupo de hombres deportistas fue de $M = 14.87$ ($DE = 1.89$). Asimismo la de las mujeres no deportistas mostró una $M = 15.20$ ($DE = 1.40$) y la del grupo de hombres no deportistas fue de $M = 15.23$ ($DE = 1.97$).

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable edad por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.

	Mujeres deportistas N = 150		Hombres deportistas N = 150		Mujeres no deportistas N = 150		Hombres no deportistas N = 150		Total N = 600	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Edad	15.32	2.00	14.87	1.89	15.20	1.40	15.23	1.57	15.10	1.94
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
13 años	40	26.7	47	31.3	15	11	13	8.7	115	
14 años	24	16	31	20.7	35	23.3	41	27.3	131	
15 años	21	14	27	18	42	28	49	32.7	139	
16 años	18	12	16	10.7	33	22	19	12.7	86	
17 años	20	13.3	9	6	15	10	9	6	53	
18 años	14	9.3	8	5.3	7	4.7	11	7.3	40	
19 años	13	8.7	12	8	3	2	8	5.3	36	

Figura 6. Descripción porcentual de la variable edad por grupo y por sexo.

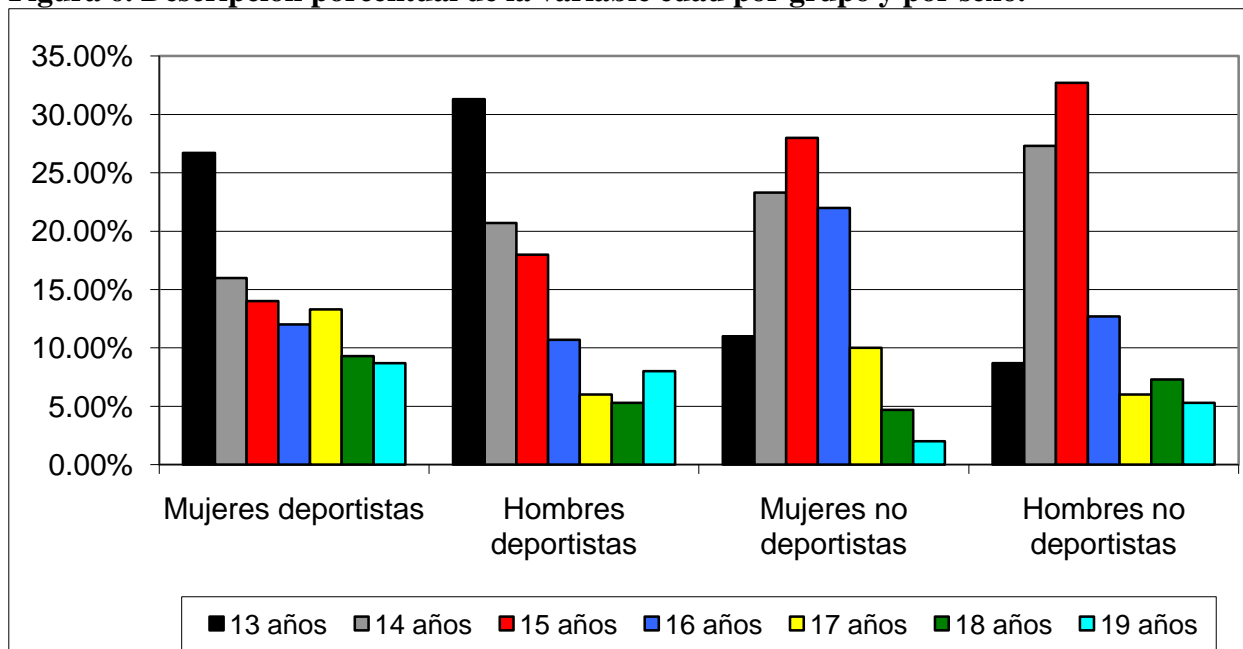
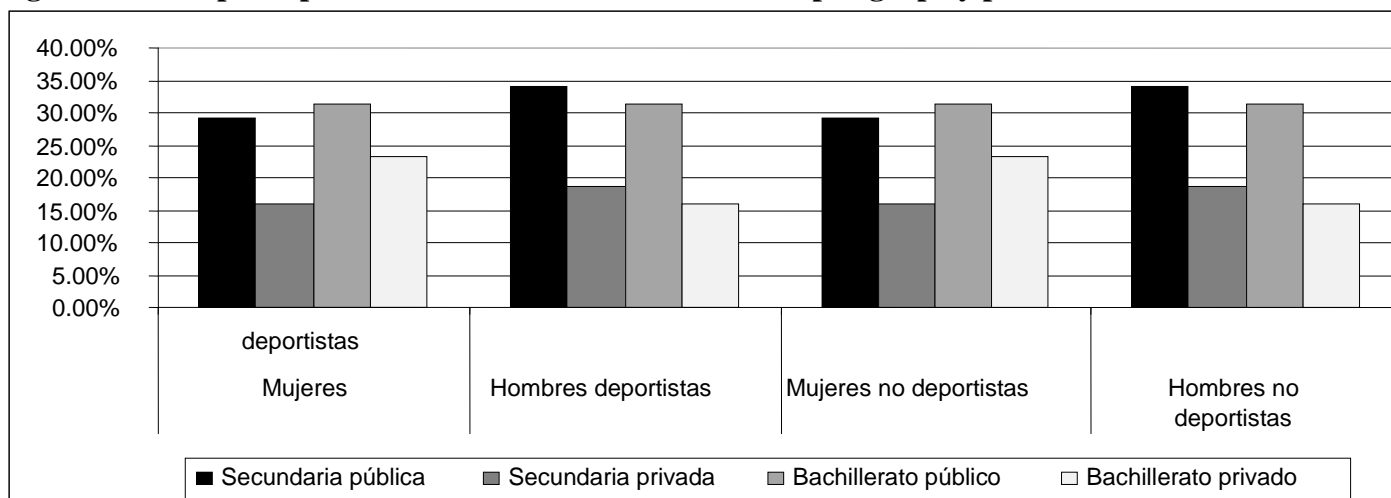


Tabla 8. Distribución porcentual de la variable escolaridad por grupo y por seo.

	Mujeres deportistas		Hombres deportistas		Mujeres no deportistas		Hombres no deportistas	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Secundaria pública	44	29.3	51	34	44	29.3	51	34
Secundaria privada	24	16	28	18.7	24	16	28	18.7
Bachillerato público	47	31.3	47	31.3	47	31.3	47	31.3
Bachillerato privado	35	23.3	24	16	35	23.3	24	16
Total	150	100	150	100	150	100	150	100

Figura 7. Descripción porcentual de la variable escolaridad por grupo y por sexo.

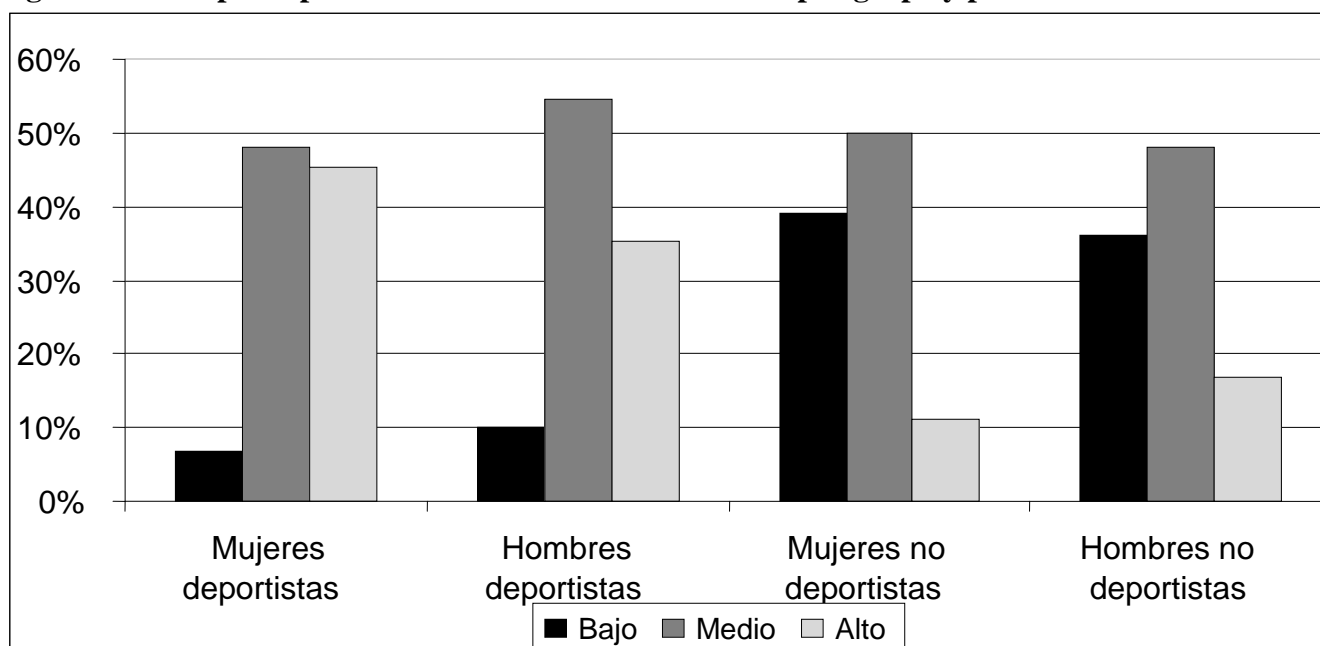


Para obtener el índice de nivel socioeconómico se tomaron las variables sociodemográficas cuantitativas (número de habitaciones, número de automóviles, escolaridad del padre, escolaridad de la madre), se sumaron las puntuaciones dadas a las respuestas, se obtuvo el promedio, se sacaron los percentiles 25, 50 y 75, que correspondieron a los niveles socioeconómicos bajo, medio y alto. El 49.4% quedó clasificado en nivel medio; el 26.8% en el bajo, y el 23.8% en el alto, la prueba t resultó con diferencias significativas (ver tabla 9 y figura 8).

Tabla 9. Distribución porcentual del nivel socioeconómico por grupo y por sexo.

	Mujeres deportistas	Hombres deportistas	Mujeres no deportistas	Hombres no deportistas	Total	Prueba t
Bajo	10.1%	15%	42.9%	39.2%	26.8%	p = .006
Medio	51.1%	53.3%	48.8%	44.3%	49.4%	t = 11.502
Alto	38.8%	31.7%	8.3%	16.5%	23.8%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%	

Figura 8. Descripción porcentual del nivel socioeconómico por grupo y por sexo.



8.4 Resultados.

Con el propósito de cumplir los objetivos propuestos en el presente estudio se procedió en primer lugar al análisis descriptivo de las variables relacionadas con los rasgos de personalidad investigados. Enseguida se describen los resultados.

8.4.1 Análisis descriptivo de las variables de estudio rasgos de personalidad.

Variable ansiedad.

En esta variable el grupo de hombres deportistas fue el único que mostró un nivel aceptable, en el manejo de la variable ansiedad-tranquilidad, mientras que los demás grupos de acuerdo con los puntos de corte propuestos por Taylor y Johnson mostraron que requieren un cambio en el manejo de la misma. En la tabla 10 puede apreciarse que se encontraron diferencias significativas entre sexos y entre grupos. De acuerdo con los valores de las medias fueron los no deportistas quienes mostraron tener mayor problema con el manejo de la ansiedad ($X = .58$) que los deportistas ($X = .50$). Respecto a la comparación por sexo fueron las mujeres quienes tuvieron mayor problema en el manejo de este rasgo ($X = .56$) a comparación de los hombres ($X = .52$).

Tabla 10. Distribución de la variable ansiedad por grupo y por sexo.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .52 S = .24 Pc = des.	X = .48 S = .29 Pc = ace.	X = .50	t = -3.745 p = -.000
No deportista	X = .60 S = .23 Pc = des.	X = .55 S = .26 Pc = des.	X = .58	
Medias marginales	X = .56	X = .52		
Prueba t	t = 2.146	p = .032		
H1. Se acepta y se rechaza H0. H2. Se acepta y se rechaza H0.				

Variable depresión.

Con respecto al manejo de la depresión se observa en la tabla 11 que fueron los grupos de deportistas quienes mostraron un nivel aceptable. Por otro lado se observa que los grupos de no deportistas según los puntos de corte propuestos por Taylor y Johnson requieren un cambio (deseable) en el manejo de esta variable. Puede observarse que el valor de la prueba t resultó significativo por grupo. De acuerdo con los valores de las medias, fueron los no deportistas los que tuvieron mayor problema en el manejo de la depresión ($X = .51$), al compararlos con los deportistas ($X = .39$). Sin embargo al efectuar la comparación por sexo no se observaron diferencias significativas.

Tabla 11. Distribución de la variable depresión por grupo y por sexo.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .36 S = .25 Pc = ace.	X = .41 S = .25 Pc = ace.	X = .39	t = -5.875 p = -.000
No deportista	X = .51 S = .26 Pc = des.	X = .50 S = .23 Pc = des.	X = .51	
Prueba t	t = -.900 p = .368			
H1. Se acepta y se rechaza H0. H2. Se rechaza y se acepta H0.				

Variable actividad social.

Con respecto a la variable actividad social llama la atención que todos los grupos mostraron un nivel aceptable en el manejo de la misma. De acuerdo con los puntos de corte propuestos por Taylor y Johnson ningún grupo tendría problema para el manejo de esta variable. Puede notarse en la tabla 12 que en la prueba t se encontró un valor significativo. Tomando en cuenta los valores de las medias fueron los no deportistas quienes mostraron

tener mayor problema en el manejo de esta variable ($X = .46$), a comparación de los deportistas ($X = .63$). Mientras que al comparar hombres y mujeres no se observaron diferencias en el manejo de la actividad social-pasividad.

Tabla 12. Distribución de la variable actividad por grupo y por sexo.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .65 S = .25 Pc = exc.	X = .61 S = .25 Pc = ace.	X = .63	t = -8.674 p = -.000
No deportista	X = .47 S = .25 Pc = ace.	X = .44 S = .23 Pc = ace.	X = .46	
Prueba t	t = 1.616 p = .107			
H1. Se acepta y se rechaza H0. H2. Se rechaza y se acepta H0.				

Variable dominancia.

En el rasgo dominancia se observa en la tabla 13 que todos los participantes sin importar si se es deportista o no, mostraron un buen manejo de la misma. Cabe resaltar que de acuerdo con los puntos de corte de Taylor y Johnson los grupos de deportistas mostraron un nivel excelente, mientras que los grupos no deportistas mostraron un nivel aceptable. Se puede notar que en la prueba t se encontraron diferencias significativas por grupo. Los deportistas al tener valores de medias superiores tienen un manejo más adecuado en este rasgo ($X = .65$) que los no deportistas ($X = .52$). No se encontraron diferencias significativas en dominancia entre hombres y mujeres.

Tabla 13. Distribución de la variable dominancia por grupo y por sexo.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .65 S = .24 Pc = exc.	X = .65 S = .24 Pc = exc.	X = .65	t = -6.590 p = -.000
No deportista	X = .54 S = .24 Pc = ace.	X = .50 S = .23 Pc = ace.	X = .52	
Prueba t	t = .778		p = .437	
H1. Se acepta y se rechaza H0. H2. Se rechaza y se acepta H0.				

Variable hostilidad.

Con respecto a la variable hostilidad puede notarse en a tabla 14 que sin importar grupo (deportista/no deportista) ni sexo (mujer/hombre) todos los participantes presentan problemas en el manejo de la misma. De acuerdo con los puntos de corte que proponen Taylor y Johnson todos los grupos requieren un cambio (deseable) en el manejo de este rasgo de personalidad. Sin embargo al aplicar la prueba t se observa que se encontraron diferencias significativas por grupo. Siguiendo los valores de las medias se observa que el grupo de no deportistas presenta mayor problema (X = .74) que el de los deportistas (X = .68). Al realizar la comparación por sexo no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

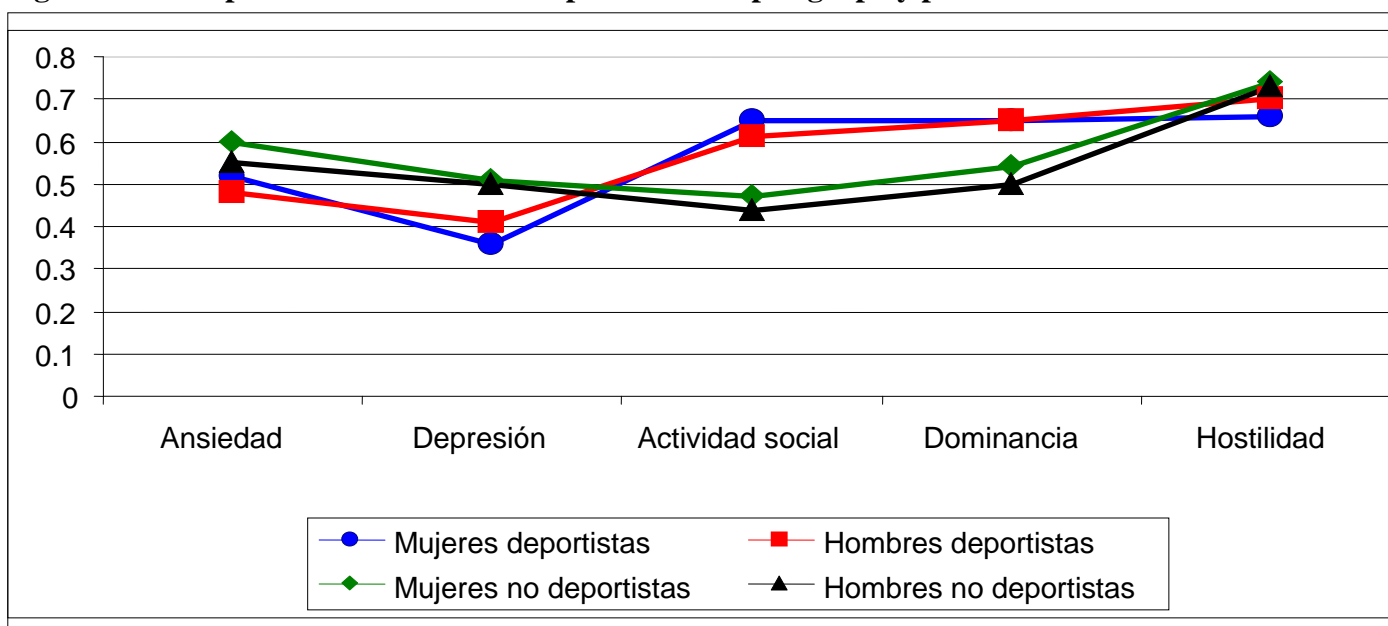
Tabla 14. Distribución de la variable hostilidad por grupo y por sexo.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .66 S = .23 Pc = des.	X = .70 S = .22 Pc = des.	X = .68	t = --3.391 p = -.001
No deportista	X = .74 S = .17 Pc = des.	X = .73 S = .18 Pc = des.	X = .74	
Prueba t	t = -1.102		p = .271	
H1. Se acepta y se rechaza H0. H2. Se rechaza y se acepta H0.				

Resumiendo y de acuerdo con los valores t y sus correspondientes valores promedio de los rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson puede decirse que los no deportistas presentan mayor problema.

En la figura 9 se graficaron los resultados del total de rasgos de personalidad para obtener una visión de conjunto. Puede observarse que las curvas se separan no por sexo sino por grupo, quedando juntos hombres y mujeres no deportistas por un lado, y por el otro, hombres y mujeres deportistas. Sin embargo también es evidente que en el rasgo de ansiedad los deportistas y no deportistas se agruparon. Sin embargo llama más la atención cómo en el rasgo de hostilidad prácticamente se confunden deportistas y no deportistas. Con el propósito de obtener otra perspectiva gráfica de conjunto al respecto, se procedió a realizar un análisis de correspondencias.

Figura 9. Descripción de las variables de personalidad por grupo y por sexo.



8.4.2 Análisis de correspondencia. Una perspectiva gráfica de los rasgos de personalidad.

El análisis de correspondencia permite estudiar la relación entre variables de un modo gráfico en un espacio pluridimensional de modo que previo cálculo matricial las diversas categorías de las variables estarán representadas en el gráfico más próximo o alejadas en las diversas dimensiones en función de su grado de similitud o diferencias (Visauta, 1998).

Los datos de las matrices fueron procesados por el paquete estadístico SPSS versión 11.0 empleando el método de distancias euclidianas. Se procedió a construir una matriz con los datos obtenidos de los rasgos de personalidad estudiados, y sus rangos de clasificación. Se procedió a construir una tabla de contingencias de 5 X 4.

Tabla 15. Rasgos de personalidad y rangos de clasificación.

	Excelente	Aceptable	Deseable	Urgente
Ansiedad	106	159	242	93
Depresión	165	141	249	45
Actividad social	276	225	122	37
Dominancia	361	146	67	24
Hostilidad	33	115	171	281

Puede verse en la tabla 15 que en los renglones aparecen los rasgos de personalidad (ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad). Mientras que en las cuatro columnas de la matriz se pusieron los rangos de clasificación (puntos de corte), propuestos por Taylor y Johnson (excelente, aceptable, deseable y urgente).

En la tabla 16 aparece la Ji cuadrada = 1031.510 con $p = .000$, lo que significa que la relación entre los vectores o factores fue altamente significativa, y por lo tanto que el análisis de correspondencia es factible de realizarse

Tabla 16. Prueba de Ji cuadrada.

	Valor	gl	p sig. (2 colas)
X ² Pearson	1031.510	12	.000

Los datos de la tabla de contingencia explicada por la primera dimensión fue del 79% mientras que la segunda dimensión explicada fue del 18%. Con estas dos dimensiones se explica el 97% de la información original (ver tabla 17). En esa misma tabla se observa el valor de la correlación entre filas y columnas de (.543) que puede evaluarse como aceptable.

Tabla 17. Matriz 5 X 4 (1,2, 3).

Dimensión	Valor	Proporción de inercia			Desviación estándar	Correlación
		Inercia	Explicada por	Acumulativa		
1	.492	.242	.787	.787	.006	.543
2	.238	.057	.185	.972	.008	
3	.093	.009	.028	1.000		
Total		.307	1.000	1.000		

1. excelente 2. aceptable 3. deseable

3. Las puntuaciones fila y columna alcanzadas fueron las siguientes: (ver tabla 18 columna A).

Tabla 18. A, B y C matriz 5 X 4

A Puntuaciones por fila o renglón

B Contribución a la inercia de cada dimensión

C Contribución de las dimensiones a la inercia de cada elemento renglón

Elementos fila o renglón	A Puntuación en la dimensión		Inercia	B Contribución a la inercia de cada dimensión		C Contribución relativa de as dimensiones a la inercia de cada elemento renglón		
	1	2		1	2	1	2	Total
Ansiedad	-0.382	.476	.025	.059	.190	.568	.426	.993
Depresión	-0.069	.632	.021	.002	.335	.023	.916	.938
Actividad social	.553	-0.069	.036	.124	.004	.847	.006	.953
Dominancia	.949	-0.413	.099	.366	.144	.897	.083	.980
Hostilidad	-1.050	-0.625	.127	.448	.328	.854	.146	1.000
Total			.307	1.000	1.000			

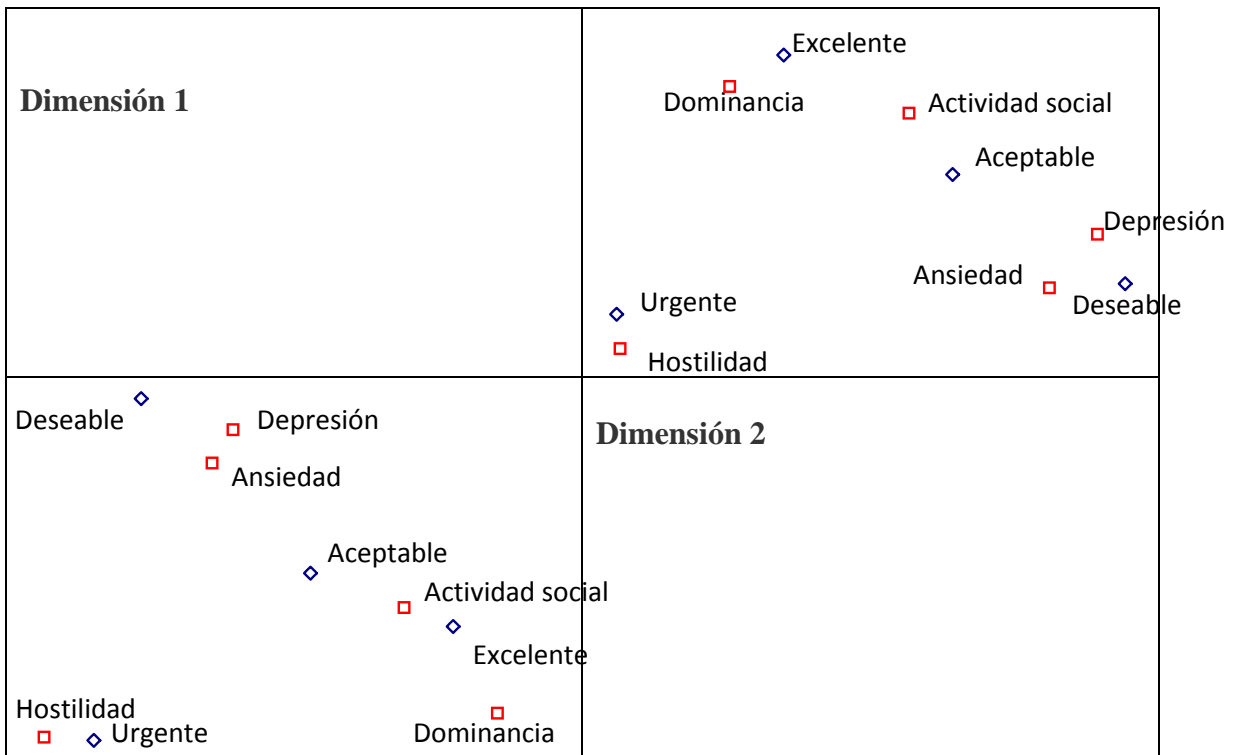
La contribución relativa de una dimensión a la inercia de los elementos en forma de proporción fue la siguiente: (ver tabla 18 columna C). Cada uno de estos valores expresa la puntuación entre cada elemento y la dimensión. Se elige la mayor puntuación de las dimensiones presentes. Observando la tabla 18, los elementos fila o renglón (en negritas) explican mejor ya sea en la dimensión 1 ó 2. El resto de los elementos fila no están definidos claramente en la solución alcanzada.

En lo concerniente al vector columna (calificaciones de los rasgos de personalidad) las puntuaciones que se obtuvieron fueron las siguientes: En la columna B para el vector fila o renglón, se encontró que los elementos dominancia con un .366 y hostilidad con un

.448, aportan en conjunto un 81% para la formación de la dimensión 1. Para la integración de la dimensión 2, se observó que depresión con .335 y hostilidad con .328, aportan en conjunto 67% para esta.

Para finalizar la representación gráfica del análisis de correspondencia ayuda a visualizar entre qué modalidades se produce la relación. Considerando que en los ejes cartesianos se representan los valores numéricos de las puntuaciones de filas y columnas sobre cada una de las nuevas dimensiones consideradas como significativas y recuperando los datos de la columna A, se obtuvo la siguiente figura:

Figura 10. Puntos en columnas y renglones.
Normalización simétrica



- ◇ Rangos de clasificación
- Rangos de personalidad

Al observar la figura 10 se puede notar que los elementos están agrupados de la misma manera en ambas dimensiones. Analizando la dimensión 1 se puede apreciar que el rango excelente se situó más próximo del rasgo dominancia, mientras que la clasificación de aceptable se encuentra más cerca del rasgo actividad social, el rango de deseable se encuentra más asociado a las variables de ansiedad y depresión, por último puede notarse que la clasificación urgente se encuentra más próximo de hostilidad.

Éstos resultados coinciden con el primer análisis descriptivo (figura 9) que se realizó con las puntuaciones de cada variable. Llama la atención que tanto los deportistas como los no deportistas se encontraron en la categoría de urgente respecto al rasgo de hostilidad, lo cual confirma los resultados del estudio piloto y los del análisis descriptivo graficados en la figura 9. Sin embargo mientras que el análisis descriptivo de estas variables permitió observar como se traslapaban los grupos de deportistas y no deportistas, en el rasgo hostilidad (figura 9) y que el cambio sugerido sólo era en calidad de deseable (tabla 15) el análisis de correspondencia permitió además, determinar de manera más específica que tanto los deportistas como los no deportistas requieren de un cambio “urgente” en el manejo de este rasgo. Puede verse que ésta puede ser una información valiosa entre otras cosas para el desarrollo de programas de prevención.

8.4.3 Análisis descriptivo de los factores de riesgo en los TCA.

Variable dieta restringida.

Al analizar la presencia de dieta se puede ver (tabla 19) que el grupo de mujeres deportistas es el que ha realizado un mayor número de ésta con un 50%, seguido del grupo de mujeres no deportistas con un 36%, mientras que los grupos de hombres tienen los porcentajes más bajos. Sin embargo la prueba Kruskal Wallis no arrojó diferencias significativas por grupo (deporte) no obstante en sexo si se encontraron estas diferencias.

Tabla 19. Distribución porcentual de la variable presencia de dieta por grupo y por sexo.

	Mujeres deportistas	Hombres deportistas	Mujeres no deportistas	Hombres no deportistas
No	50%	84%	64%	78.7%
Si	50%	16%	36%	21.3%
Total	100%	100%	100%	100%
Kruskal Wallis por deporte	$X^2 = 1.376$		p = .241	
Kruskal Wallis por sexo	$X^2 = 41.058$		p = .000	

Variable dieta restringida en los últimos 6 meses.

Con respecto a esta variable se puede notar (tabla 20) que el grupo de mujeres deportistas es el que la ha realizado en mayor proporción (55%), seguidas de las mujeres no deportistas con un 34%, en tanto los hombres han hecho dieta en menor proporción: no deportistas en un 26% y deportistas en un 24%,. La prueba Kruskal-Wallis arrojó diferencias significativas en deporte y en sexo.

Tabla 20. Distribución porcentual de la variable presencia de dieta en los últimos 6 meses por grupo y por sexo.

	Mujeres deportistas	Hombres deportistas	Mujeres no deportistas	Hombres no deportistas
No	45%	76%	66%	74%
Si	55%	24%	34%	26%
Total	100%	100%	100%	100%
Kruskal Wallis por deporte	$X^2 = 4.368$		p = .037	
Kruskal Wallis por sexo	$X^2 = 6.637$		p = .010	

Variable Índice de Masa Corporal (IMC).

Al observar las medias y las desviaciones estándar del IMC, se observa (tabla 21) que los cuatro grupos se encuentran en el rango de peso normal, sin embargo fueron las mujeres y los hombres no deportistas quienes presentaron mayor IMC: 21.61 y 21.70 respectivamente. En cambio las mujeres deportistas fueron quienes presentaron menor promedio (IMC = 20.51). Al comparar los valores de las medias por grupo, puede apreciarse que fueron los no deportistas ($X = 21.66$) quienes presentaron un mayor promedio, que los deportistas ($X = 20.97$), al realizar la comparación de las medias por sexo, fueron los hombres quienes tuvieron un promedio mas alto ($X = 21.57$) que las mujeres ($X = 21.06$).

Tabla 21. Distribución de la variable IMC por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = 20.51 S = .222	X = 21.43 S = 2.65	X = 20.97	t = -3.083 p = .002
No deportista	X = 21.61 S = 2.85	X = 21.70 S = 3.10	X = 21.66	
Medias marginales	X = 21.06	X = 21.57		
Prueba t	t = -2.225	p = .026		

Variable Insatisfacción corporal (siluetas).

Puede verse en la tabla 22 que las mujeres no deportistas son las más insatisfechas (1.33), seguido del grupo de mujeres no deportistas (0.47). Con respecto a la puntuación en hombres, se observa una pequeña diferencia, los no deportistas están más satisfechos (0.15), a comparación de los deportistas (0.22). Al comparar los resultados por sexo, las mujeres están mucho más insatisfechas (0.90) que los hombres (0.19). Mientras que al realizar la comparación por grupo los no deportistas están más insatisfechos (0.74) que los deportistas (0.35).

Tabla 22. Distribución de la variable Insatisfacción corporal (siluetas) por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.

	Mujer	Hombre	Medias marginales	Prueba t
Deportista	X = .47 S = .1.23	X = .22 S = 1.72	X = .35	t = 3.004 p = .002
No deportista	X = 1.33 S = 1.83	X = .15 S = 1.45	X = .74	
Medias marginales	X = .90	X = .19		
Prueba t	t= -5.447	p = .000		

Variable alteración de la imagen corporal.

En la tabla 23 puede apreciarse que las mujeres sobreestimaron su peso corporal (0.59), mientras que los hombres lo subestimaron (-0.18). La comparación por grupo no produjo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23. Distribución de la variable alteración de la imagen corporal por grupo y por sexo. Medias y desviaciones estándar.

	Mujer	Hombre	Prueba t
Deportista	X = .11 S = .64	X = -.11 S = .84	t = 1.145 p = .253
No deportista	X = .008 S = .90	X = -.24 S = .97	
Medias marginales	X = .59	X = -.18	
Prueba t		t = -3.957 p = .000	

8.4.4 Comparación de grupos (ANOVAS).

Insatisfacción corporal por deporte y por sexo.

Los resultados de la variable insatisfacción corporal, muestran una interacción significativa ($F = 1, 596 = 13.138, p = .000$), deporte por sexo (ver tabla 24, y figura 11) así como los efectos principales del deporte ($F = 1, 596 = 9.653, p = .002$), y del sexo ($F = 1, 596 = 30.698, p = .000$). Al observar las medias (tabla 24B) se puede ver que son las mujeres no deportistas comparadas con las deportistas quienes mostraron una mayor insatisfacción corporal, como lo demuestra la marcada inclinación de la recta de la figura 11. Los hombres deportistas y no deportistas mostraron insatisfacción muy similar entre ellos y menos insatisfacción que las mujeres.

Tabla 24. ANOVA. Insatisfacción corporal por deporte y por sexo.

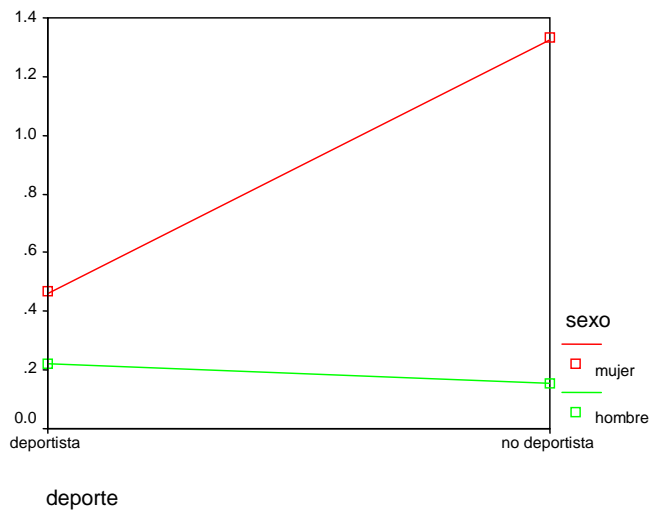
A	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	132.993	3	44.331	17.830	.000
Deporte	24.000	1	24.000	9.653	.002
Sexo	76.327	1	76.327	30.698	.000
Deporte por sexo	32.667	1	32.667	13.138	.000
Error	1481.880	596	2.486		
Total	1792.000	600			
Total corregido	1614.873	599			

H5. Se acepta y se rechaza H0.

B. Medias y desviaciones estándar.

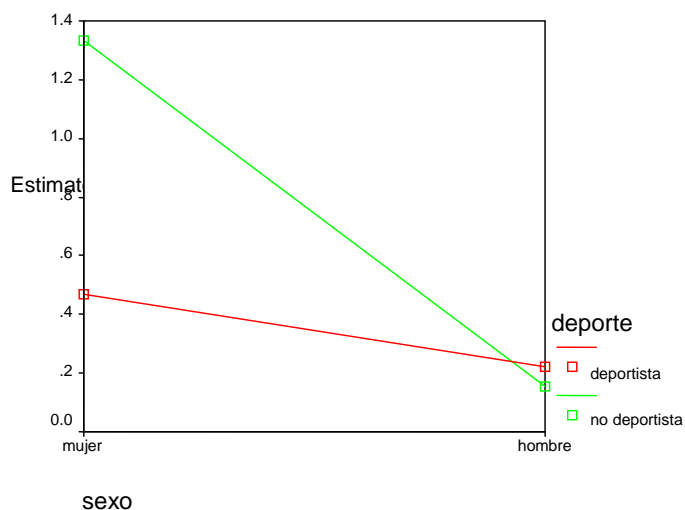
Sexo	Deporte	X	DE
Mujer	Deportista	.467	.129
	No deportista	1.333	.129
	Total	.900	
Hombre	Deportista	..220	.129
	No deportista	.153	.129
	Total	.187	

Figura 11. Interacción estadísticamente significativa. Insatisfacción corporal por grupo y por sexo.



Quando se realizó la prueba de inversión de ejes, la interacción fue no ordinal (figura 12), por lo que de acuerdo con Keppel (1973), solo se interpretó la interacción encontrada.

Figura 12. Inversión de ejes. Insatisfacción corporal por sexo y por grupo.



Dieta restringida por deporte y por sexo.

En la variable dieta restringida se encontró una interacción significativa deporte por sexo, ($F = 1, 596 = 6.486, p = .011$), así como el efecto principal sexo ($F = 1, 596 = 42.888, p = .000$), (ver tabla 25 y figura 13). Las mujeres deportistas fueron las que más presencia de dieta reportaron, seguidas del grupo de mujeres no deportistas. Los hombres deportistas y no deportistas mostraron menos de esta variable.

Tabla 25. ANOVA. Dieta restringida por deporte y por sexo.

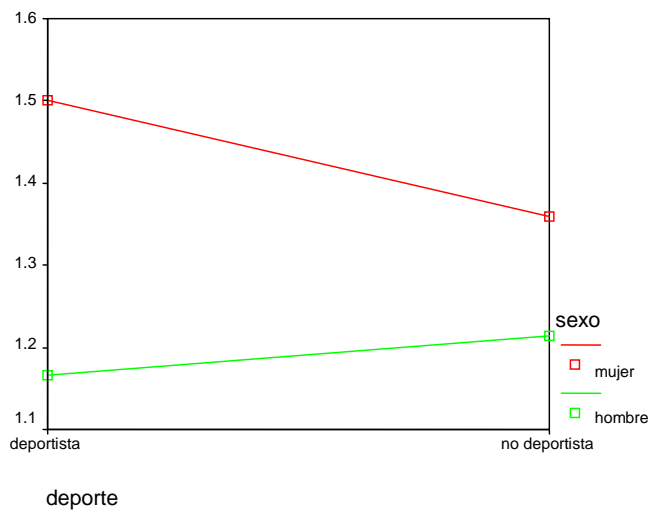
A	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	10.273	3	3.424	16.999	.000
Deporte	.327	1	.327	1.622	.203
Sexo	8.640	1	8.640	42.888	.000
Deporte por sexo	1.307	1	1.307	6.486	.011
Error	120.067	596	.201		
Total	1160.000	600			
Total corregido	130.340	599			

H5. Se acepta y se rechaza H0.

B. Medias y desviaciones estándar.

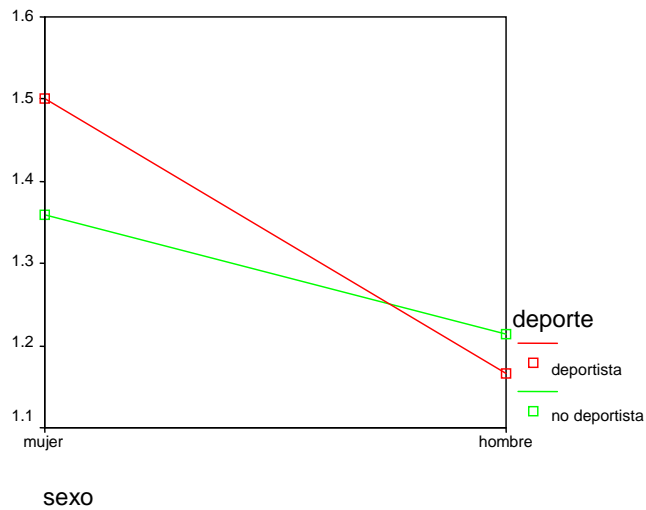
Sexo	Deporte	X	DE
Mujer	Deportista	1.500	.037
	No deportista	1.360	.037
	Total	1.430	
Hombre	Deportista	1.167	.037
	No deportista	1.213	.037
	Total	1.190	

Figura 13. Interacción estadísticamente significativa. Dieta restringida por grupo y por sexo.



Como puede verse al realizar la prueba de inversión de ejes (figura 14), la interacción fue no ordinal, por lo que de acuerdo con Keppel (1973), solo se interpretó la interacción.

Figura 14. Inversión de ejes. Dieta restringida por sexo y por grupo.



Dieta en los últimos 6 meses por deporte y por sexo.

Cuando se analizó la presencia de dieta en los últimos seis meses, se encontraron diferencias significativas por deporte, ($F = 1, 204) = 4.600, p = .033$) y por sexo ($F = 1, 204) = 6.699, p = .010$), (ver tabla 26). De acuerdo con los valores de las medias, los deportistas han hecho más dieta en los últimos seis meses que los no deportistas, y las mujeres más que los hombres.

Tabla 26. ANOVA. Presencia de dieta en los últimos 6 meses por deporte y por sexo.

A	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3.150	3	1.050	4.672	.004
Deporte	1.034	1	1.034	4.600	.033
Sexo	1.505	1	1.5053	6.699	.010
Deporte por sexo	.610	1	.810	2.176	.101
Error	45.846	204	.225		
Total	445.000	208			
Total corregido	48.995	207			
H3. Se acepta y se rechaza H0. H4. Se acepta y se rechaza H0.					
B. Medias y desviaciones estándar.					
Deporte	X		DE		
Deportista	1.398		.053		
No deportista	1.303		.047		
Sexo	X		DE		
Mujer	1.448		.040		
Hombre	1.252		.058		

Alteración de la imagen corporal por deporte y por sexo.

Con respecto a la variable alteración de la imagen corporal, sólo se encontraron diferencias por sexo, ($F = 1, 204 = 4.600, p = .033$), (ver tabla 27). Los hombres subestimaron su peso corporal mientras que las mujeres lo sobreestimaron.

Tabla 27. ANOVA. Alteración de la imagen corporal por deporte y por sexo.

A	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	12.593	3	4.198	5.865	.001
Deporte	.960	1	.960	1.341	.247
Sexo	11.207	1	11.4207	15.657	.000
Deporte por sexo	.427	1	.427	.596	.440
Error	426.600	596	.716		
Total	440.000	600			
Total corregido	439.193	599			
B. Medias y desviaciones estándar.					
H3. Se rechaza y se acepta H0. H4. Se acepta y se rechaza H0.					
Sexo	X		DE		
Mujer	.100		.049		
Hombre	-.173		.049		

8.5 Discusión.

Es importante señalar con respecto al comportamiento estadístico de las variables de Taylor y Johnson que de acuerdo con el análisis descriptivo de las mismas, ninguno de los grupos de estudio presentó mayores problemas en el manejo de estas variables, con excepción de la variable hostilidad en la que todos los grupos necesitaban un cambio. Cabe señalar que las mujeres deportistas mostraron una puntuación de excelente en los rasgos actividad social y en dominancia, mientras que los hombres deportistas tuvieron la misma puntuación en el rasgo de dominancia.

En todos los rasgos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre deportistas y no deportistas. Los resultados favorecieron a los deportistas en tanto mostraron un mejor manejo de la ansiedad, de la depresión, de la actividad social, de la dominancia y de la hostilidad, no obstante que todos los participantes sin importar grupo ni sexo requerían un cambio en el manejo del rasgo hostilidad. Es más, los análisis en los que se integró el total de respuestas relacionadas con los rasgos de personalidad, mostraron que los datos se agruparon por deporte: por un lado los deportistas (hombres/mujeres) y por el otro los no deportistas. Sin embargo estos se traslaparon en el rasgo de hostilidad, especificando el análisis de correspondencia, la necesidad de un cambio urgente en el manejo de este rasgo. Así pues parece ser que el deporte no interviene (como un factor protector) en el manejo de la hostilidad, como fue en el caso de los otros rasgos de personalidad.

Estos resultados, los anteriormente señalados, con excepción de los relacionados con hostilidad, coinciden con los encontrados en estudios previos (Kirkcaldy, et al. 2002, Steptoe, et al. 1998), en los que también se encontró que el deporte es un factor protector. Nuestros resultados confirman que en general, la actividad deportiva genera beneficios físicos y psicológicos y disminuye la ansiedad y los niveles de depresión tal y como lo reportan (Hanton, Evans & Neil, 2003; Katjna & Tusak, 2004).

Con respecto a la variable insatisfacción con la imagen corporal que ha mostrado ser un factor de riesgo, se encontró que las mujeres deportistas están más satisfechas, mientras que las no deportistas se encuentran más insatisfechas. En este punto cabe señalar que es menos notorio el efecto protector del deporte en la mujer que en el hombre, entre otras razones, porque el hombre, comparado con la mujer está más satisfecho, resultado que muestra una tendencia consistente frecuentemente documentada en la literatura nacional (Acosta & Gómez-Peresmitré; 2003; Gómez-Peresmitré, 1998; Ocampo, López, Álvarez & Mancilla-Díaz, 1999) e internacional (Bloomgarden & Calogero; 2003; Guglielmino, 2004; Hausenblas & McNally, 2004).

La variable seguimiento de dieta se investigó en dos modalidades, una general (si en alguna ocasión se ha hecho dieta), y otra específica (si ésta se ha hecho en los últimos seis meses). En los dos casos se mostró consistentemente el mismo patrón de respuesta reportado en diversas investigaciones: más mujeres que hombres aceptan hacer dieta para el

control del peso corporal (Cooley & Toray, 2001; DiBartolo & Shaffer, 2002; Edlund, Halvarsson & Sjöden, 1996; Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Heatherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995). Sin embargo cuando se analiza la interacción se encuentra que más mujeres deportistas hacen dieta si se comparan con las mujeres no deportistas, mientras que entre los hombres sobresalen los no deportistas. Parece ser que el deporte, en el caso específico de las mujeres y en relación con la variable dieta restringida no actúa como un factor protector y sucede lo contrario en el caso de los hombres.

También se encontró que el deporte no se relaciona con la variable alteración de la imagen corporal y se confirmó una vez más, que los hombres tienden a subestimar su peso corporal (se ven más delgados de lo que son), mientras que las mujeres sobrestiman su peso (se ven más gruesas) coincidiendo con estudios previos (Beals & Manore, 2000; Grilo & Masheb, 2005; Toro, Gila, Castro, Pombo, & Guete, 2005; Ricciardelli & McCabe, 2004a; Toro et al, 2005).

8.6 Conclusiones.

1. Tomando en cuenta las diferencias estadísticamente significativas entre deportistas y no deportistas con respecto a los rasgos de personalidad estudiados puede decirse que estos grupos representan dos poblaciones distintas.

2. Tomando en cuenta que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres deportistas y no deportistas y mujeres deportistas y no deportistas con respecto a los rasgos de personalidad puede decirse que hombres y mujeres forman parte de la misma población.

3. Los deportistas hombres y mujeres manejan mejor un número mayor de los rasgos de personalidad estudiados que los no deportistas por lo que parece ser que el deporte muestra una tendencia hacia una función protectora.

4. En el rasgo de hostilidad, todos los grupos mostraron tener problema (requerir un cambio urgente) respecto al manejo del mismo.

5. Al analizar los factores de riesgo en TCA, el deporte no fungió como factor protector con respecto a dieta restringida.

Capítulo 9. Segundo estudio.

9.1 Introducción.

La investigación cuantitativa en Psicología requiere de la utilización de métodos estadísticos para el análisis de los datos recabados. El investigador en psicología parte de un modelo teórico y recoge la información necesaria para validar dicho modelo. Sin embargo, las características descriptivas o exploratorias de la mayoría de los modelos estadísticos dificultan esta tarea. En la actualidad, los modelos de ecuaciones estructurales (SEM, según sus siglas en inglés) surgen como una alternativa de análisis de datos ya que, por su carácter confirmatorio, permiten utilizar datos empíricos para evaluar la validez de modelos teóricos fijados a priori (Muños, 2009).

El presente estudio se suma a estudios anteriores como lo muestra la literatura nacional en la que pueden encontrarse aplicaciones de estos modelos en investigaciones en el área de psicología de la salud, con el propósito de describir y predecir el comportamiento de factores de riesgo en TCA, por ejemplo están los trabajos de Álvarez, (2006); Hernández, (2006); Saucedo, 2003; Unikel, (2003). Siguiendo esta línea de pensamiento nos proponemos contribuir al desarrollo de este campo del conocimiento que abarca el deporte de alto rendimiento.

9.2 Método.

La parte del método se describe en el capítulo 6 (ver páginas 93, 94 y 107)

9.3 Participantes.

En la realización del segundo estudio de la segunda etapa, se trabajó como ya se señaló con dos muestras no probabilísticas con observaciones independientes, una, para el desarrollo del modelo en su versión corta (N = 600, con 4 grupos cada uno con una n = 150)). Y la otra para el modelo en su versión larga (N = 160, con 4 grupos cada una con una n = 40).

9.4 Resultados.

9.4.1 Modelos en su versión corta.

9.4.1.1 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para mujeres deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

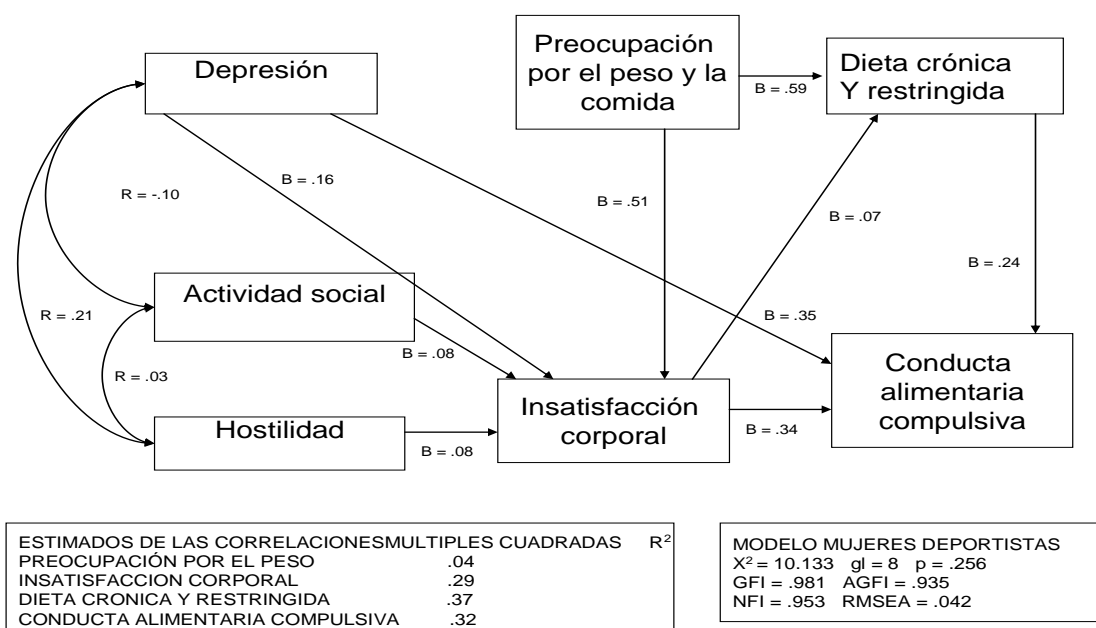
El modelo en mujeres deportistas (figura 15) presenta un buen ajuste al encontrarse una $X^2 = 10.133$ gl = 8 p = .256 que no produjo diferencias significativas, por lo que de acuerdo con Arbuckle y Wothke (1999), el modelo cumple con una de las condiciones que lo califica como factible de realizarse. Al observar las medidas de ajuste (GFI, AGFI, NFI), éstas son bastante buenas al resultar mayores de 0.90; mientras que la medida RMSEA fue menor de 0.05 con un índice de 0.042, por lo que el modelo es adecuado.

En el grupo de mujeres deportistas, los efectos totales estandarizados resultaron moderados en su mayoría, (B .33 a .59), mientras que otros mostraron influencias más bien

bajas ($B = .08$ a $B = .16$) (figura 15). Puede observarse que la variable depresión tiene una influencia directa sobre conducta alimentaria compulsiva con un peso $B = .35$, mientras que el peso que tiene sobre la variable insatisfacción corporal es de $B = .16$. Es importante señalar que depresión también influyó sobre la conducta alimentaria compulsiva de manera indirecta, esto es a través de insatisfacción corporal (ver figura 15). Asimismo, se observa una influencia directa de preocupación por el peso en dieta crónica y restringida ($B = .59$) y en insatisfacción corporal ($B = .51$). Por otra parte dieta crónica y restrictiva ejerce una influencia directa en conducta alimentaria compulsiva ($B = .24$). Debe señalarse también la correlación recíproca ($R = .21$) entre depresión y hostilidad. Es importante dejar asentado que insatisfacción corporal tiene un papel mediador entre rasgos de personalidad (depresión y hostilidad) y conducta alimentaria anómala (dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva).

Respecto de la varianza explicada (figura 15) se observa que las variables preocupación por el peso sólo explica un 4% mientras que insatisfacción corporal lo hace en un 29%. Las varianzas explicadas más altas son las de la conducta alimentaria, dieta crónica explica un 37% y conducta alimentaria compulsiva explica un 32%.

Figura 15. Modelo 1 mujeres deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

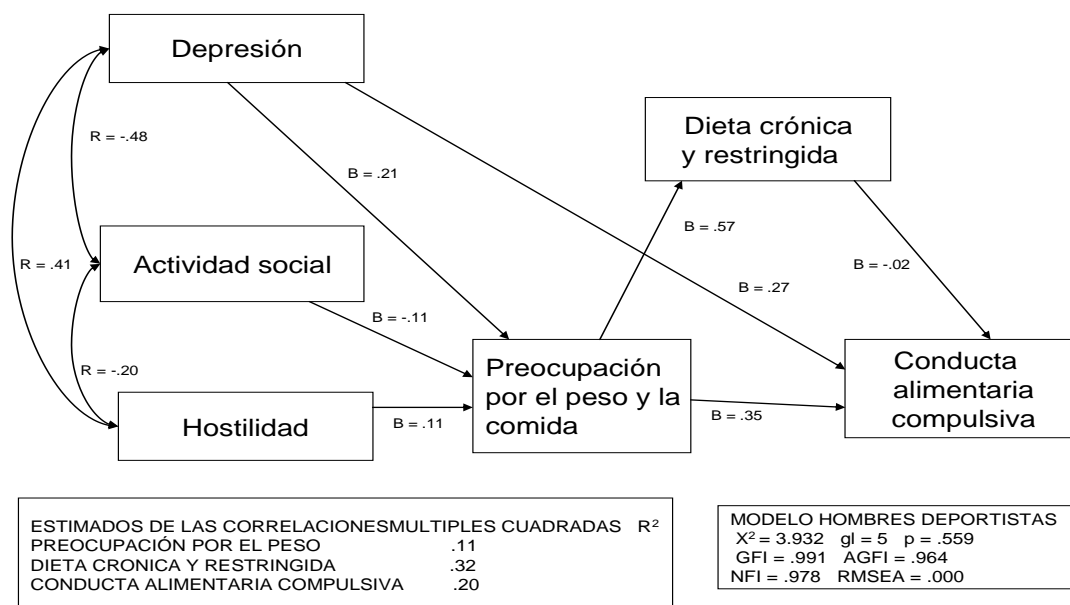
9.4.1.2 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para hombres deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

Con respecto al grupo de hombres deportistas, se encontró que la prueba de la χ^2 cuadrada arrojó resultados no significativos ($X^2 = 3.932$ gl = 5 p = .559), por lo que de acuerdo con Arbuckle y Wothke (1999), el modelo fue factible de realizarse. Puede observarse que las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI son buenas al resultar mayores de 0.90 mientras que la medida RMSEA fue menor de 0.05 con un índice de 0.00, por lo que el modelo es adecuado.

Entre los principales efectos observados en este modelo, (figura 16) cabe destacar la influencia directa que tiene depresión sobre preocupación por el peso (B = .21) y conducta alimentaria compulsiva (B = .27). Asimismo preocupación por el peso influyó directamente

sobre dieta crónica ($B = .57$) y conducta alimentaria compulsiva ($B = .35$). Es importante señalar que depresión también influyó de manera indirecta en conducta alimentaria compulsiva a través de preocupación por el peso, y también sobre dieta crónica por medio de la misma variable, por lo que puede afirmarse que en el modelo de los hombres deportistas fue preocupación por el peso la que ejerció el papel de variable mediadora. Las correlaciones recíprocas se dieron entre depresión y hostilidad ($R = .41$) y una correlación negativa entre depresión y actividad social ($R = -.48$). Al analizar la varianza explicada (figura 16), se encontró que la preocupación por el peso explica el 11%, mientras que la dieta crónica explica el 32% de la varianza, asimismo la conducta alimentaria compulsiva explicó el 20%.

Figura 16. Modelo 1 hombres deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



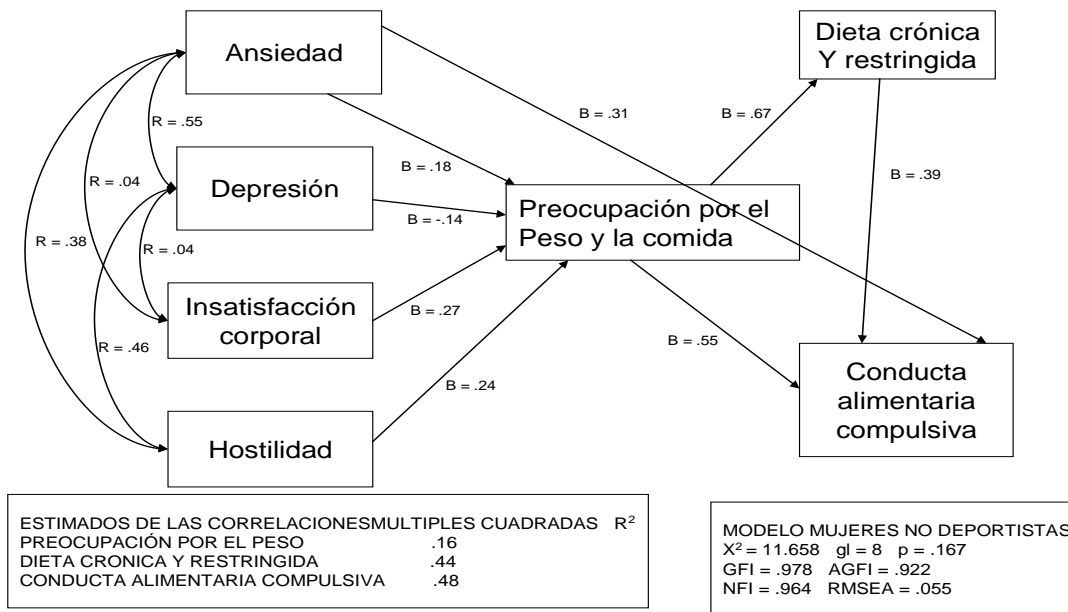
El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

9.4.1.3 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para mujeres no deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

En el modelo de mujeres no deportistas, la prueba de la chi cuadrada ($X^2 = 11.658$ $gl = 8$ $p = .167$) no fue significativa por lo que de acuerdo con Arburckle y Wothke (1999) el modelo fue factible de realizarse. Puede observarse que las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI son bastante buenas al resultar mayores de 0.90 mientras que la medida RMSEA fue ligeramente mayor de 0.05 con un índice de .055, por lo que todavía puede considerarse el modelo es adecuado (Cohen, 1988).

Con respecto al modelo de mujeres no deportistas, (figura 17) cabe señalar que ansiedad fue el rasgo de personalidad con mayor influencia, al presentar un peso de ($B = .31$) sobre conducta alimentaria compulsiva, asimismo influye sobre esta misma de manera indirecta, a través de preocupación por el peso. Puede notarse que esta variable tiene influencias altas en dieta crónica y restrictiva ($B = .67$) y sobre conducta alimentaria compulsiva con ($B = .55$). La variable preocupación por el peso volvió a tener un papel mediador al estar entre los rasgos de personalidad ansiedad, depresión y hostilidad y los factores de riesgo dieta crónica y restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Al observar las correlaciones la más alta fue entre ansiedad y depresión ($R = .55$) y entre depresión y hostilidad ($R = .46$). Respecto de la varianza explicada (figura 17) se encontró que preocupación por el peso explicó el 16%, dieta crónica explicó el 44%, mientras que conducta alimentaria compulsiva un 48%.

Figura 17. Modelo 1 mujeres no deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

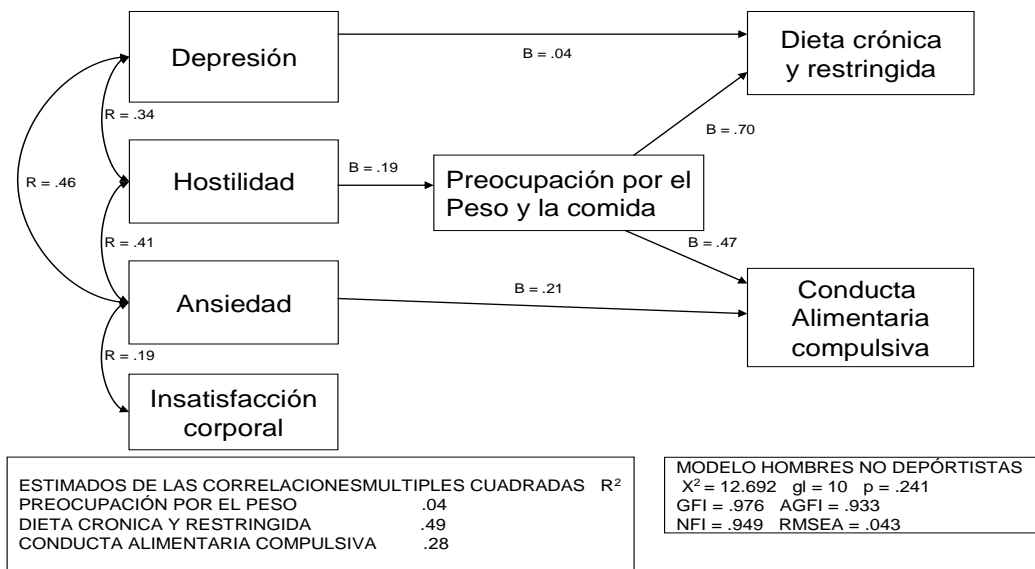
9.4.1.4 Modelo 1 de ecuaciones estructurales para hombres no deportistas. Versión corta. (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

Al analizar al grupo de hombres no deportistas, se aplicó primero la prueba de la chi cuadrada presentando resultados de $X^2 = 12.692$ $gl = 10$ $p = .241$ que no produjo diferencias significativas, por lo que el modelo según Arbuckle y Wothke (1999) fue factible de realizarse. Al observar las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI estas son bastante buenas al resultar mayores de .90 mientras que la medida RMSEA fue menor de .05 con un índice de .043, por lo que el modelo puede considerarse adecuado.

En el modelo de hombres no deportistas (figura 18) ansiedad presenta una influencia de ($B = .21$) sobre conducta alimentaria compulsiva, asimismo preocupación por el peso influye sobre dieta crónica con ($B = .70$) y sobre conducta alimentaria compulsiva con ($B = .47$), hostilidad tuvo una influencia indirecta en dieta crónica y conducta alimentaria compulsiva a través de preocupación por el peso, por lo que puede observarse que al igual que en los modelos de hombres deportistas y de mujeres no deportistas, preocupación por el peso vuelve a ser una variable mediadora pero solo entre hostilidad y conducta alimentaria de riesgo.. También es importante destacar que depresión y ansiedad nuevamente presentaron la correlación más alta ($R = .46$) y también ansiedad y hostilidad tuvieron una correlación importante ($R = .41$).

Respecto a la varianza explicada (figura 18) se observa que preocupación por el peso explica el 4%, mientras que dieta crónica presenta una explicación del 49%, asimismo, conducta alimentaria compulsiva presenta una varianza explicada de 28%.

Figura 18. Modelo 1 hombres no deportistas. Versión corta (5 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

9.4.2 Comparación de los modelos de mujeres deportistas con versión corta (modelo 1) vs la versión larga o completa (modelo 2) de la prueba de Taylor y Johnson.

Cuando se realizó la comparación de los modelos de mujeres deportistas, en su versión corta y su versión larga, se repiten los rasgos de depresión, actividad social y hostilidad; cabe destacar el papel protector de la actividad social, esta se correlacionó negativamente con depresión y hostilidad en los dos modelos. Además se debe subrayar que en el modelo 2 se observa una correlación negativa con el IMC; esto es cuando mayor actividad social se presenta, el IMC no es factor de riesgo.

Al revisar los modelos de mujeres deportistas se observa que los rasgos de personalidad (depresión, actividad social y hostilidad) en los dos modelos se correlacionan entre sí. En el modelo 1 la correlación entre depresión y hostilidad fue de $R = .21$, que prácticamente se duplica, en el modelo 2 ($R = .43$). De igual manera en este mismo aparece el factor del IMC, ausente en el modelo 1. Sin embargo la inter-correlación del IMC con actividad social ($R = -.15$) y la relación directa que IMC sostiene con insatisfacción corporal ($B = -.07$) son bajas.

Cabe destacar el papel protector del rasgo de actividad social presente en los dos modelos de mujeres deportistas. En el 1, actividad social se intercorrelaciona negativamente con depresión (a mayor actividad social menor depresión) y con hostilidad e influye directamente en insatisfacción corporal. Estas mismas relaciones aparecen en el

modelo 2 con intercorrelaciones de magnitudes más altas y con una interrelación adicional con IMC (a mayor actividad social menor riesgo en el IMC).

Insatisfacción corporal juega un papel central y mediador en ambos modelos, puede verse las influencias que recibe de los rasgos de personalidad y de preocupación por el peso y las relaciones que parten de insatisfacción corporal a dieta crónica y restringida para de allí influir indirectamente en conducta alimentaria compulsiva, además de la influencia directa que establece con esta misma variable. Preocupación por el peso y la comida y su influencia sobre insatisfacción corporal tuvo una carga de $B = .51$ en el modelo 1 y de $B = .04$ en el 2.

Respecto a la relación de preocupación por el peso y la comida y dieta crónica restringida, llama la atención que en los dos modelos la influencia es alta, en el 1 se observa un peso DE $B = .59$, mientras que en el 2 el peso es de $B = .65$, es importante destacar que en ambos modelos esta influencia fue la más alta que se encontró.

Cabe destacar la presencia en el modelo 1 de depresión ya que fue el único rasgo de personalidad que aparte de influir sobre insatisfacción corporal influyó sobre conducta alimentaria compulsiva, ($B = .35$).

En el modelo versión corta y el modelo 2 (versión larga) dieta crónica y restringida es la variable con mayor explicación de varianza, para el primero (37%) y para el segundo 42%, le sigue conducta alimentaria compulsiva con porcentajes similares: 32% para el primero y 37% para el segundo. Asimismo, insatisfacción corporal aparece en los dos modelos, en el primer modelo (29%) y en el segundo (16%). Con respecto a preocupación por el peso y la comida, en el modelo 1 explica un 4% de varianza mientras que en el modelo 2, ésta prácticamente desaparece.

Con respecto a los parámetros de ajuste de los datos a la realidad, nuevamente el modelo 1 presenta un ajuste prácticamente perfecto si se toma en cuenta los valores críticos que los especialistas proponen (Arbuckle & Wothke, 1999).

Por otra parte es importante revisar como un todo la estructura de los modelos que se están comparando. El modelo 1 presenta una estructura integral en donde se relacionan rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA, por ejemplo, depresión se conecta con conducta alimentaria compulsiva y con insatisfacción corporal.

Asimismo, actividad social y hostilidad con insatisfacción corporal, además de las relaciones que se establecen en la base del modelo entre hostilidad, insatisfacción corporal y conducta alimentaria compulsiva; en cambio en el modelo 2 aparecen dos grupos, a la

izquierda el de los rasgos de personalidad y a la derecha los factores de riesgo en TCA que se unen en insatisfacción corporal.

Finalmente y como conclusión puede decirse que de acuerdo con los datos obtenidos al comparar los dos modelos (de hombres y mujeres deportistas) uno producto de la versión corta de la prueba de Taylor y Jonson (modelo 1) y el otro utilizando la versión larga o completa (modelo 2) puede sugerirse que la aplicación de la versión corta proporciona resultados aceptables en la modelación estructural de datos con la gran ventaja que puede tener una rápida recolección de datos en el proceso de investigación.

9.4.3 Comparación de los modelos de hombres deportistas con versión corta (modelo 1) vs la versión larga o completa (modelo 2) de la prueba de Taylor y Johnson.

La comparación de los modelos 1 y 2 tiene como propósito aportar elementos de apoyo, si es el caso, del uso de la versión corta de la prueba de Taylor y Johnson, ya que desde un punto de vista funcional es importante restar tareas y tiempo a los jóvenes participantes, lo que finalmente puede redundar en beneficio de las propiedades psicométricas del instrumento en cuestión y la optimización de los resultados de la investigación. De lo contrario, se aportarán elementos que fundamenten la afirmación de que los mejores resultados provienen de la versión completa de la prueba.

Respecto a los modelos de hombres deportistas, aparecen en los modelos 1 y 2 los mismos rasgos de personalidad (depresión, actividad social y hostilidad), y se relacionan todos entre sí, la correlación entre depresión y actividad social fue casi idéntica: $R = -.48$ en el grupo 1 (versión corta) y $R = -.50$ en el grupo 2 (versión larga), en ambos casos la correlación fue alta. Por otra parte la correlación de actividad social en ambos grupos, también presentó índices casi idénticos $R = -.20$ para el modelo 1 y $R = -.18$ para el modelo 2, por lo tanto en los dos modelos actividad social jugó un papel protector, en ambos modelos cuando los hombres deportistas presentan más este rasgo de personalidad, se deprimen menos y tienen índices bajos de hostilidad.

Sin embargo el cambio principal se observa con respecto al IMC que no aparece en el modelo 1 mientras que en el de versión larga (modelo 1) dicha variable se correlaciona

con los tres rasgos de personalidad sin embargo, las correlaciones de IMC con depresión ($R = -.04$) y actividad social ($R = .05$) son mínimas, se observa que cuando se correlaciona con hostilidad, la correlación aumenta ($R = -.27$) aunque ésta es negativa, esto es, cuando los hombres deportistas presentan hostilidad, el IMC no es un factor de riesgo. Debe señalarse también que la literatura muestra que los resultados del IMC en hombres se comporta con gran variabilidad (Burrows, Díaz & Muzzo, 2004; Hesketh, Wake & Waters; 2004); lo que unido a las bajas correlaciones le restan importancia a la presencia del factor IMC en el modelo 2.

Otro cambio que debe señalarse es del factor de insatisfacción corporal, no presente en el modelo 1 y presente en el 2, sin embargo, llama la atención que el factor preocupación por el peso juegue el mismo lugar central y mediador entre los rasgos de personalidad (depresión, actividad social y hostilidad) y conducta alimentaria (dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva) en los modelos 1 Y 2, en éstos, la relación preocupación por el peso y la comida \rightarrow conducta alimentaria compulsiva, tiene prácticamente el mismo peso beta (.35 y .36) respectivamente pero la influencia de preocupación por el peso sobre dieta restringida en el modelo 1 tiene una importante carga beta de .57 vs el del modelo 2 que solo es de $B = .05$.

Otros datos importantes a señalar son: 1) la varianza explicada por los factores dieta crónica y restringida que resultó mas de cinco veces más alta en el modelo 1 (.44) que en el 2 (.09), mientras que conducta alimentaria compulsiva fue dos veces más alta (.48) en el

modelo 1 que en el 2 (.24), asimismo preocupación por el peso en el primero (.16) e insatisfacción corporal en el modelo 2 (.20), explicaron un porcentaje de varianza muy similar, y 2) los parámetros correspondientes al nivel de ajuste de los datos a la realidad también son superiores los del modelo 1, todos ellos (chi cuadrada, GFI, AGFI, NFI y RMSEA) se ajustan a los valores críticos del modelamiento estructural, mientras que no sucede lo mismo con los del modelo 2.

9.4.4 Discusión.

Para estudiar las relaciones de los trastornos de la conducta alimentaria se debe partir desde una perspectiva multifactorial Saucedo (2003), Thompson et al. (2002) menciona la importancia de revisar los más recientes enfoques multifactoriales sobre las teorías, para conocer la evaluación y el tratamiento. Una de las contribuciones de mayor relevancia de la presente investigación es la construcción de modelos estructurales en deportistas de alto rendimiento con practicantes de disciplinas acuáticas. Entre los principales resultados de los modelos de ecuaciones estructurales en su versión corta cabe destacar los siguientes.

El modelo de los deportistas hombres y mujeres, mostró resultados que dan apoyo teórico a relaciones ya documentadas; como por ejemplo que insatisfacción corporal que aparece en el modelo de las mujeres en el que precede a dieta restringida (esto es como factor de riesgo para conducta alimentaria anómala) no está presente en el de hombres implicando, tal y como se ha encontrado consistentemente en la literatura, que esta variable importa más a la mujer que se dice más frecuentemente insatisfecha que el hombre (Saucedo, 2003; Stice, Shaw & Nemeroff, 1998; Thompson et al., 2002).

Los resultados en el modelo de hombres confirman hallazgos previos que documentan que la imagen corporal para los hombres no es tan importante como para las mujeres y que la autopercepción e insatisfacción corporal se produce por diferentes razones, a las de las mujeres: porque se siente una figura más gruesa y porque se subestima

el peso corporal (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, & Pineda, 2001; Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya, & Unikel, 2000).

Asimismo las cargas beta más altas de las mujeres deportistas se encontraron en: preocupación por el peso → dieta restringida ($B = .59$); preocupación por el peso → insatisfacción corporal ($B = .51$). En el modelo de los hombres deportistas la más alta se encontró en la liga de preocupación por el peso → dieta crónica y restringida ($B = .57$). Por otra parte en los grupos de no deportistas los pesos fueron más altos: entre las mujeres no deportistas el peso de la relación preocupación por el peso → dieta restringida fue de ($B = .67$). Esta misma relación en el modelo de hombres no deportistas fue de $B = .70$ y la relación de preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva fue de ($B = .55$) y en los hombres fue de $B = .47$.

Un hallazgo interesante es el del papel del rasgo de personalidad de depresión entre las mujeres deportistas. La variable de depresión influye directamente sobre conducta alimentaria compulsiva ($B = .35$) pero además lo hace también indirectamente, esto es a través de Insatisfacción corporal y como si esto fuera poco depresión influye sobre dieta crónica restringida a través de insatisfacción corporal en cambio entre los hombres deportistas aunque se muestran las mismas relaciones no obstante el lugar de insatisfacción corporal lo ocupa preocupación por el peso.

Así en los dos modelos se tiene preocupación por el peso → dieta crónica y restringida → conducta alimentaría compulsiva lo que falta en el modelo de hombres es la

liga directa que va de insatisfacción a dieta crónica y restringida, en el modelo de las mujeres debe hacerse notar que el rasgo de hostilidad estuvo presente tanto en los grupos de deportistas como en el de no deportistas siendo este último el que mostró los pesos beta más altos (.19 y .24).

Ahora bien ¿Difieren los grupos de deportistas de los no deportistas? Un resultado que da respuesta a una de las preguntas de investigación es la relación negativa que se encontró entre actividad social y depresión que muestra que a mayor actividad social menor depresión teniendo así un papel protector que no aparece entre los grupos no deportistas (Doyle, Le Grange, Goldschmidt & Wilfley, 2007; Gerner & Wilson, 2005; Schutz & Paxton, 2007). Junto con esto debe subrayarse dos aspectos más: que entre los no deportistas aparece además del rasgo de depresión el de ansiedad que no está presente en los grupos de deportistas, así como los pesos beta más altos arriba señalados para las relaciones con dieta y comer compulsivo confirmando lo que señalan Goldschmidt et al, (2008).

Con base en estos resultados puede decirse que el deporte tiene un papel protector de factores de riesgo en TCA. Ya que como se muestra entre los no deportistas (ver figuras 19 y 20) ansiedad influye directamente en conducta alimentaria compulsiva y también indirectamente en el caso de las mujeres, a través de preocupación por el peso. Por último debe señalarse que en los modelos de hombres y mujeres deportistas (figuras 15 y 16) así como en el de mujeres no deportistas (figura 17). Dieta crónica y restringida influye

directamente en conducta alimentaria compulsiva tal y como lo señalan Polivy y Herman (1987). Cuando afirman que el seguimiento de dieta restringida conduce a una desinhibición de la conducta alimentaria, o en otros términos a un atracón (binge eating).

Debe señalarse que los porcentajes de varianza explicada para las variables importantes de la investigación (dieta crónica y restringida, y conducta alimentaria compulsiva) son ligeramente más altos en el modelo de hombres deportistas que en el de las mujeres deportistas (ver figuras 15 y 16). Asimismo en el caso de los grupos de no deportistas son ligeramente más altos en el modelo de mujeres que en el de hombres.

Cabe preguntar ¿Qué resultados se encontraron en los modelos de ecuaciones estructurales en su versión larga? Entre sus principales hallazgos es importante destacar el papel que juegan los rasgos de personalidad en la relación con los factores de riesgo en TCA. Puede notarse que el rasgo depresión aparece en los cuatro modelos de hombres y mujeres deportistas y hombres y mujeres no deportistas por otra parte el factor de ansiedad sólo aparece entre los hombres y mujeres no deportistas. El rasgo de hostilidad está presente en todos los modelos con excepción del de mujeres no deportistas. Cabe destacar que el rasgo de actividad social está presente solamente en los grupos de deportistas. Estos resultados coinciden con estudios reportados en otras investigaciones que afirman que la actividad social juega un papel protector en TCA (Doyle, Le Grange, Goldschmidt & Wilfley, 2007; Gerner & Wilson, 2005; Schutz & Paxton, 2007).

El papel central y mediador de insatisfacción corporal se presenta en los cuatro modelos de acuerdo con la teoría y reportes empíricos (Goldschmidt et al 2008; Grilo & Masheb 2005; Hawks, Madanat & Christley, 2008; Reas & Grilo 2004; Ricciardelli & McCabe, 2001), el hecho de estar insatisfecho con la forma y tamaño del cuerpo se acompaña con preocupación por el peso y esto lleva a conductas que de otra manera no se tendrían, tales como seguimiento de dietas restringidas y de aquí al desarrollo de conductas bulímicas como podría ser la conducta alimentaria compulsiva. (Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo, 2008).

Cabe destacar la diferencia que muestra que en los grupos de deportistas preocupación por el peso precede a insatisfacción corporal, mientras que entre los no deportistas esta relación se invierte, ya que insatisfacción corporal precede a preocupación por el peso corporal resulta interesante señalar que en el grupo de mujeres deportistas y en los de no deportistas se establece el mismo círculo de relaciones preocupación por el peso → dieta crónica y restringida → conducta alimentaria compulsiva. Cuando las mujeres tanto deportistas como no deportistas están preocupadas por su peso y la comida en la mayoría de las veces terminarán haciendo dieta crónica y restringida y esto las llevará a conductas bulímicas tal y como lo señala la teoría y los reportes de diversas investigaciones (Polivy & Herman, 1987; 1993; Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000; Stice, Shaw & Nemeroff, 1998; Stice, 2001; 2002).

Por otra parte en el grupo de mujeres deportistas las cargas beta más altas fueron preocupación por el peso → dieta crónica y restringida ($B = .65$) → conducta alimentaria compulsiva ($B = .60$). Respecto al modelo de hombres deportistas las cargas beta más altas fueron depresión → insatisfacción corporal ($B = .37$) preocupación por el peso y la comida

→ insatisfacción corporal (B = .36). Asimismo en los grupos de no deportistas puede observarse que entre las mujeres los pesos más altos fueron dieta crónica y restringida → conducta alimentaria compulsiva (B = .47) ansiedad → dieta crónica y restringida (B = .42). En los hombres fue la liga preocupación por el peso → dieta crónica y restringida (B = .71) y dieta crónica y restringida → conducta alimentaria compulsiva (B = .64).

9.4.5 Conclusiones.

1. Entre los modelos de ecuaciones estructurales cabe destacar lo siguiente: en las mujeres deportistas llama la atención el papel mediador de insatisfacción corporal como conducta alimentaria de riesgo.
2. En los grupos de deportistas, el rasgo de personalidad depresión es el que más peso tiene sobre conducta alimentaria de riesgo.
3. En los grupos de no deportistas es importante destacar que el rasgo de personalidad ansiedad es el que más influye en la conducta alimentaria de riesgo.
4. En todos los modelos (deportistas y no deportistas, hombres y mujeres), aparece consistentemente una correlación entre depresión y hostilidad.
5. En todos los modelos aparece el rasgo de personalidad depresión. Por su parte hostilidad aparece en todos los modelos excepto en las mujeres no deportistas. Mientras que el rasgo de actividad social solamente aparece en los grupos de deportistas. Por último se observa que ansiedad aparece únicamente en los grupos de no deportistas.
6. Insatisfacción corporal, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva son factores de riesgo en TCA que son influidos por los rasgos de personalidad, solamente preocupación por el peso y la comida no tuvo una influencia directa de ellos.
7. En los cuatro modelos aparecen insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva.

Discusión general.

La respuesta a la pregunta que se planteó en torno al papel del deporte (protector/riesgo) se respalda con los hallazgos encontrados a lo largo de nuestro estudio en los que se observó que los hombres no deportistas fueron quienes mostraron mayor problema en el manejo de rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson, este grupo mostró manejo inadecuado en siete de los nueve rasgos de la prueba. Sin embargo, llama la atención que sea el hombre no deportista quién sobresale por su mal manejo en un número mayor de rasgos de personalidad. En cambio, los grupos de deportistas solamente tuvieron problemas en tres rasgos de personalidad ansiedad, empatía y hostilidad. Es importante señalar que este último, el rasgo de hostilidad, requirió entre los no deportistas de un cambio calificado urgente. Sin embargo un hallazgo importante es que no obstante que en todos los grupos se encontraron problemas con el rasgo de hostilidad, los deportistas lo manejan mejor, encontrando ya, en la parte inicial de nuestra investigación (estudio piloto y primer estudio) al deporte como un indicador que muestra el papel protector del deporte (Hanton et al., 2003; Katjna & Tusak, 2004; Kirkcaldy, Shephard & Siefen, 2002; Steptoe, Kimbell & Basford, 1998; Taliaferro, Rienzo, Pigg., Miller, & Dodd, 2009). Papel que se confirma posteriormente.

Por otra parte, dentro de la misma temática (papel protector del deporte) se encontraron interacciones significativas en las variables de actividad social, los deportistas son más activos socialmente a comparación de los hombres no deportistas, aunque con

respecto a la insatisfacción corporal puede observarse que las mujeres, sin importar si son deportistas son quienes se encuentran más insatisfechas, confirmando el carácter genérico de la misma, como lo reportan estudios previos (Acosta & Gómez-Peresmitré; 2003; Bloomgarden & Calogero; 2003; Gómez-Peresmitré, 1998; Gómez-Peresmitré et al., 2001; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Guglielmino, 2004; Hausenblas & McNally, 2004; Ocampo, López, Álvarez & Mancilla-Díaz, 1999).

Asimismo, al igual que hay mayor insatisfacción corporal en las mujeres sin importar si son deportistas, también hacen más dieta restringida con el propósito de control de peso, confirmando lo que también se ha reportado ampliamente a saber, que el seguimiento de dieta restringida se ha convertido en una práctica característica femenina (Cooley & Toray, 2001; DiBartolo & Shaffer, 2002; Edlund, Halvarsson & Sjöden, 1996; Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Healtherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995).

Por otro lado ¿Se relacionan los rasgos de personalidad con los factores de riesgo en TCA? Depresión se relaciona significativamente con conducta alimentaria compulsiva así como ansiedad lo hace con preocupación por el peso y la comida. Debe hacerse notar que hostilidad se relacionó significativamente con todos los factores de riesgo en TCA. Puede decirse entonces que parece ser que este rasgo de personalidad, hostilidad, se perfila como un factor de riesgo en TCA. La inter-correlación de los rasgos de personalidad realizada con el método de puntuaciones extremas mostró correlaciones altas entre depresión y subjetividad, actividad social con expresión, hostilidad con autodisciplina, actividad social

con dominancia y ansiedad con hostilidad. Es importante señalar que se confirmaron las hipótesis de trabajo planteadas para el primer estudio.

Se observaron diferencias significativas entre deportistas y no deportistas en las variables ansiedad, depresión, actividad social, dominancia y hostilidad (hipótesis 1). Hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable ansiedad (hipótesis 2). Se confirmaron diferencias significativas entre deportistas y no deportistas en las variables dieta en los últimos 6 meses y alteración de la imagen corporal (hipótesis 3). Hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en presencia de dieta en los últimos 6 meses (hipótesis 4). Por último se encontraron diferencias significativas en deporte por sexo en insatisfacción corporal y dieta restringida (hipótesis 5).

Con respecto a la variable insatisfacción con la imagen corporal que ha mostrado ser un factor de riesgo, se encontró que las mujeres deportistas están más satisfechas, mientras que las no deportistas se encuentran más insatisfechas. En este punto cabe señalar que es menos notorio el efecto protector del deporte en la mujer que en el hombre, entre otras razones, porque el hombre, comparado con la mujer está más satisfecho, resultado que muestra una tendencia consistente frecuentemente documentada en la literatura nacional (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Gómez-Peresmitré, 1998; Ocampo, López, Álvarez & Mancilla-Díaz, 1999) e internacional (Bloomgarden & Calogero, 2003; Guglielmino, 2004; Hausenblas & McNally, 2004).

La variable seguimiento de dieta se investigó en dos modalidades, una general (si en alguna ocasión se ha hecho dieta), y otra específica (si ésta se ha hecho en los últimos seis meses). En los dos casos se mostró consistentemente el mismo patrón de respuesta reportado en diversas investigaciones: más mujeres que hombres aceptan hacer dieta para el control del peso corporal (Cooley & Toray, 2001; DiBartolo & Shaffer, 2002; Edlund, Halvarsson & Sjöden, 1996; Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Heatherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995). Sin embargo cuando se analiza la interacción se encuentra que más mujeres deportistas hacen dieta si se comparan con las mujeres no deportistas, mientras que entre los hombres sobresalen los no deportistas. Parece ser que el deporte, en el caso específico de las mujeres y en relación con la variable dieta restringida no actúa como un factor protector.

También se encontró que el deporte no se relaciona con la variable alteración de la imagen corporal y se confirmó una vez más, que los hombres tienden a subestimar su peso corporal (se ven más delgados de lo que son), mientras que las mujeres sobrestiman su peso (se ven más gruesas) coincidiendo con estudios previos (Beals & Manore, 2000; Grilo & Masheb, 2005; Ricciardelli & McCabe, 2004a; Toro et al., 2005).

Entre los principales resultados del segundo estudio el cual comprendió la elaboración de modelos de ecuaciones estructurales, cabe señalar los hallazgos más importantes encontrados en los modelos en su versión corta. En los grupos de deportistas se puede ver que las mujeres mostraron estar insatisfechas con su imagen corporal, este rasgo

desaparece en el grupo de hombres, con esto se corrobora una vez más que la mujer sea deportista o no da más importancia a la imagen corporal a comparación de los hombres (Gómez-Peresmitré et al., 2001; Gómez-Peresmitré et al., 2000).

Es importante destacar el papel que tuvo el rasgo depresión en las mujeres, este influye directamente en conducta alimentaria compulsiva y también lo hace indirectamente a través de insatisfacción corporal, asimismo este rasgo influye en dieta crónica y restringida a través de insatisfacción corporal, esta última relación es señalada por Armatas, Moran y Sands (2003). Es importante destacar que estas mismas relaciones se encontraron en el grupo de hombres, aunque preocupación por el peso ocupa el lugar de insatisfacción corporal.

Ahora bien ¿Qué resultados se encontraron en los grupos de no deportistas? En primer lugar es importante destacar que en los dos grupos de hombres y mujeres no deportistas además del rasgo de depresión (también presente entre los deportistas) aparece además, el rasgo de ansiedad, esta influye en conducta alimentaria compulsiva y de forma indirecta a través de preocupación por el peso, en el caso de las mujeres. También se debe subrayar que en estos modelos los pesos beta entre las variables dieta crónica y conducta alimentaria compulsiva fueron más altos.

Por otra parte en los modelos de ecuaciones estructurales en su versión larga, los principales resultados entre los rasgos de personalidad son que el rasgo de depresión aparece tanto en los grupos de deportistas hombres y mujeres, como en su contraparte de no deportistas hombres y mujeres. Por otra parte, el rasgo hostilidad se encuentra en los grupos de deportistas así como en los hombres no deportistas, pero no en el de mujeres no deportistas. Se tiene un resultado interesante con actividad social y ansiedad; la actividad social solamente aparece entre los grupos de deportistas (como factor protector), mientras que ansiedad se encuentra solo con los no deportistas.

Con respecto a los factores de riesgo en TCA, se encontró que insatisfacción corporal apareció en los cuatro modelos; así pues con la presencia de esta variable se tienen consecuencias como estar preocupado por el peso, realizar dieta de manera restringida y por lo tanto desarrollar conductas bulímicas como es el comer compulsivo. Se confirma así lo frecuentemente reportado con respecto al papel precedente de insatisfacción corporal en el desarrollo de conductas bulímicas (Gómez-Peresmitré et al., 2008; Ricciardelli & McCabe, 2004b; Smolak, 2004).

Cuando se realizó la comparación de los modelos de mujeres deportistas, en su versión corta (modelo 1) y su versión larga (modelo 2), se repiten los rasgos de depresión, actividad social y hostilidad; cabe destacar el papel protector de la actividad social, esta se correlacionó negativamente con depresión y hostilidad en los dos modelos. Además se debe

subrayar que en el modelo 2 se observa una correlación negativa con el IMC; esto es cuando mayor actividad social se presenta, el IMC no es factor de riesgo.

Respecto a los factores de riesgo en TCA, insatisfacción corporal, tiene un papel mediador en ambos modelos; como lo indican resultados anteriores de (Goldschmidt et al., 2008; Grilo & Masheb, 2005; Hawks, Madanat & Christley, 2008; Reas & Grilo 2004; Riciardelli & McCabe, 2001). Esta fue influida por los rasgos de personalidad y preocupación por el peso y la comida. Insatisfacción corporal influye en ambos modelos en dieta crónica y restringida y de ahí parte a conducta alimentaria compulsiva.

Por su parte al comparar los modelos de hombres deportistas (versión corta vs versión larga) aparecieron los mismos rasgos de personalidad, (depresión, actividad social y hostilidad), todas se correlacionaron entre si, inclusive el índice de correlación entre depresión y actividad social en los dos grupos es casi idéntica. Sin embargo en la versión larga del modelo aparece la variable IMC, cabe destacar que aún así esta no representa un factor de riesgo debido a su índice negativo; la presencia del IMC en hombres tiene gran variabilidad, que unido a las bajas correlaciones que este presentó, resta importancia a su presencia. La variable insatisfacción corporal no había aparecido en la versión corta, mientras que en la versión larga si está presente; cabe destacar que en ambos modelos preocupación por el peso y la comida, juega un papel mediador entre los rasgos de personalidad, y los factores de riesgo en TCA.

Por último al realizar una comparación general de los modelos de ecuaciones estructurales, obtenidos de la versión corta y la versión larga del instrumento de Taylor y Johnson, puede decirse que la versión corta a diferencia de la versión larga, proporciona indicadores con valores de bondad de ajuste (goodness of fit values) superiores y adecuados a los valores críticos requeridos (Arbuckle & Wothke, 1999) presentando, además una estructura integral de relaciones entre los rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA (ver figuras 17 a 20) que difiere de la estructura del modelo 2, dividida claramente en dos grupos de esas mismas variables (ver figuras 21 a 24).

Con respecto a las hipótesis planteadas en el segundo estudio; la depresión tuvo una relación de mediana magnitud en los modelos de mujeres y hombres deportistas versión corta así como en el de hombres deportistas versión larga (hipótesis 1). Por su parte la hostilidad tuvo una relación mediana en mujeres y hombres no deportistas versión corta y en hombres deportistas versión larga (hipótesis 2). Con respecto a actividad social, esta influyó con un peso beta mediano en hombres deportistas y mujeres no deportistas en su versión larga (hipótesis 3). Ansiedad tuvo relación de mediana magnitud tanto en mujeres como en hombres no deportistas en su versión larga (hipótesis 4). Por otro lado insatisfacción corporal y dieta crónica y restringida tuvieron un papel mediador entre los rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA en todos los modelos (hipótesis 5). Por último la versión corta de los modelos de los grupos de deportistas resulta más funcional (misma capacidad de explicación con un tiempo menor de aplicación) que la versión larga (hipótesis 6).

Conclusiones finales.

1. Todos los grupos sin importar si eran deportistas o no deportistas mostraron tener problema con el manejo del rasgo hostilidad. Este rasgo se relacionó con insatisfacción corporal y con preocupación por el peso y la comida, mostrando ser un rasgo de personalidad que actúa como factor de riesgo en TCA.
2. El deporte mostró ser un factor protector encontrándose que: A) en los deportistas (independientemente del sexo), que son socialmente activos disminuye la depresión, la hostilidad y la insatisfacción corporal; B) los deportistas mostraron un mejor manejo de ansiedad, depresión, actividad social y dominancia; C) entre los no deportistas además del rasgo de depresión que comparten con los deportistas aparece el rasgo de ansiedad.
3. Las mujeres sin importar que fueran deportistas o no deportistas mostraron estar insatisfechas con su imagen corporal, mientras que entre los hombres independientemente de si son o no deportistas, mostraron estar menos insatisfechos.
4. Depresión ansiedad y hostilidad fueron factores que se relacionaron en varios resultados con dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva.
5. De acuerdo con la teoría, insatisfacción corporal y dieta crónica y restringida jugaron un papel mediador entre rasgos de personalidad y factores de riesgo en TCA.

6. Se encontró que el modelo en su versión corta resultó ser funcional en la predicción y explicación de las relaciones entre los rasgos de personalidad y los factores de riesgo en TCA. Lo que resulta en una gran ventaja en el proceso de investigación, ya que permite obtención de datos en un tiempo menor de aplicación.

Limitaciones y sugerencias.

Una de las limitaciones del presente estudio fue la dificultad de acceso a la muestra, ya que siendo los participantes deportistas de alto rendimiento y comprometidos en equipos de competencia, no siempre se contó con la disponibilidad de los mismos obligándonos en diversas ocasiones a posponer la obtención de los datos.

Se sugiere realizar un programa de prevención en TCA en los deportistas con base en los resultados obtenidos.

Se sugiere replicar el estudio con muestras de deportistas de otras disciplinas que se reportan con factores de riesgo en TCA como puede ser gimnasia, judo, lucha, atletismo.

Se sugiere abordar otras variables como pueden ser otros rasgos de personalidad como autoestima, estrés, frustración.

Referencias.

- Abraham, S. (1994). Anorexia y bulimia. *Desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza editorial.
- Acosta, M. V. & Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España Y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Álvarez, R. G. L. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de Doctorado inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- American Psychiatry Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Andersen, A. E. (1999). Males with eating disorders: *Medical considerations. Eating disorders: A guide to medical care and complications*. Nueva York. Mehler, Phillip.
- Andrés-Pueyo, A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. España: McGraw Hill.
- Arbuckle, J. L. & Wothke, W. (1999). *Guía 4.01 del usuario de los AMOS*. Chicago:Smallwaters.
- Armatas, C. A., Moran, L. & Sands, R. T. (2003). Gender differences in body image concerns and depression amongst Australian adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 55, 163-173.
- Augestad, L. B., Saether, B. & Gotestam, K. G. (1999). The relationship between *eating disorders* and *personality* in physically active women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 9(9), 304-313.
- Aure, O. F., Nilsen, J. H. & Vasseljen, O. (2003). Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28(6), 525-531.
- Balcázar, P., Delgadillo, L., Gurrola, M., Mercado, M. & Moysén, A. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Universidad Autónoma del estado de México.
- Bamber, D., Cockerill, I. M. & Carroll, D. (2000). The pathological status of exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 34(2), 125-132.
- Bamber, D., Cockerill, M. Rodgers, S. & Carroll D. (2000). "Its exercise or nothing": a qualitative analysis of exercise. *British Journal of Sports & Medicine*, 34(6), 423-430.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36(1), 1-6.

- Beals, K. & Manore, M. M. (2000). Behavioral, psychological, and physical characteristics of female athletes with subclinical eating disorders. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 10(2), 128-143.
- Beals, K. & Meyer, N. (2007). Female athlete triad update. *Clinics in Sport Medicine*, 26(1), 69-89.
- Behar, A. R. & Hernández, T. P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 130(3), 287-294.
- Benito, A. R. & Diéguez, M. P. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. *Medicine*, 9(86), 5529-5535.
- Benson, R. & Taub, D.E. (1993). Using the PRECEDE model for Causal Analysis of Bulimic Tendencies among Elite Women Swimmers. *Journal of Health Education*, 24(6), 360-368.
- Berry, T. R. & Howe, B. L. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23(3), 207-218.
- Blaydon, M. J., Linder, K. J. & Kerr, J. K. (2004). Metamotivational characteristics of exercise dependence and *eating disorders* in highly active amateur sport participants. *Personality & Individual Differences*, 36(6), 419-433.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-62.
- Bloomgarden, A. & Calogero, R. (2003). The Use of EMDR in the Treatment of Body Image disturbance, *The Renfrew Perspective: A professional Journal of The Renfrew Center Foundation*.
- Bollen, E. & Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117-121.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders*. New Cork. Basic Books.
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child Adolescent Psychiatry Clinical North America*, 11(2), 201-218.
- Burrows, A. & Cooper, M. (2002). Possible risk factors on the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(9), 1268-1273.
- Burrows, R., Díaz, N. & Muzzo, S. (2004). Variaciones del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo al grado de desarrollo puberal alcanzado. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1363-1368.

- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C. et al. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321 - 329.
- Caparros, N. (1997). *La anorexia una cultura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Caprara, G. & Van Heck, G. L. (1992). *Modern personality psychology*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- Carrol, M. (2005). Algunos factores que influyen en el rendimiento de las gimnastas de alto nivel en Guatemala. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/>. Documento recuperado el 22 de junio 2006.
- Casanueva, E. (1992). Lambert Adolphe Jaques Quetelet. Vidas que trascienden. *Cuadernos de nutrición*, 15(2), 42-45.
- Casarico, G. (2004). Evaluación de la personalidad, su utilidad en el fútbol. *EF. Deportes*, (68). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765064>. Documento recuperado el 18 de mayo 2005.
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression & Anxiety*, 8, 96-104.
- Castro, J., Toro, J. & Lázaro, L. (2000). Variables asociadas a la disminución de masa ósea en adolescentes con anorexia nerviosa. http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_a.htm. Documento recuperado el 5 de noviembre de 2002.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R. & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behavior*, 7(3), 196-203.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck T. R. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69(3), 1047-1057.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd. Ed). New York: Academic Press.
- Conde, V. J. M., Ballesteros, M. C., Blanco, J. A., Medina, G. & Imaz, C. (2001). Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario. <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/2428/?++interactivo>. Documento recuperado el 6 de noviembre de 2002.

- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorders symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.
- Coon, D. (2006). *Psicología*. México: Thomson Learning.
- Corcos, M., Taïeb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P. & Flament M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa : frequency and characteristics. *Acta Psyquiatrica Scandinavica*, 106(5), 381-386.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedisa.
- Chinchilla, M. A. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Choma, C. W., Sforzo, G. A. & Keller, B. A. (1998). Impact of rapid weight loss on cognitive function in collegiate wrestlers. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(5), 746-749.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P. & Woodside, D. B. (1998). Obsessionality in Anorexia Nervosa: The Moderating Influence of Exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 192-197.
- Davis, C., Katzman, D. K. & Kirsh, C. M. A. (1999). Compulsive Physical Activity in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Psychobehavioral Spiral of Pathology. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(6), 336-342.
- Davis, C. & Strachan, S. (2001). Elite female athletes with eating disorders: A study of psychopathological characteristics. *Journal of sports & Exercise Psychology*, 23(3), 245-253.
- Davis, C. & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideals in the extreme. *Eating Behaviors*, 1(1), 33-46.
- De Caprio, C., Pasanisi, F. & Contaldo F. (2000). Gastrointestinal complications in a patient with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 5(4), 228-230.
- De Goldman, B. R. (2005). *Anorexia y bulimia un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Palma, M. T., Koszewski, W. M., James, G., Barile, R., De Palma, B. F. & Oliaro, S. M. (1993). Weight control practices of lightweight football players. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 25(6), 694-701.

- De Vega, J. L. (2000). Factores de vulnerabilidad de los TCA. España. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/14358>. Documento recuperado el 6 de noviembre de 2002.
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5(1-2), 67-80.
- Díaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., Hollander, E., César, E. & Saiz-Ruíz, J. (2000). Decreased platelet MAO activity in female anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 226-230.
- DiBartolo, P.M. & Shaffer, C. (2002). A comparison of female college athletes and nonathletes: Eating disorder symptomatology and psychological well-being. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24(1), 33-41.
- Diment, G. M. & Terry, P. C. (2003). Mood variability, *personality* and *swimming* performance. *Australian Journal of Psychology*, 55, 176-181.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw Hill.
- Dosil, J. & Díaz, O. (2002). Valoración de la conducta alimentaria y de control de peso en practicantes de aeróbic. *Revista de Psicología del Deporte*, 11(2), 183-195.
- Doyle, A.C., Le Grange, D., Goldschmidt, A. & Wilfley, D.E. (2007). Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity*, 15(1), 145-154.
- Duker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Dummer, G. M., Rosen, L. W. & Heusner, W. W. (1987). Pathogenic weight-control behaviors on young competitive swimmers. *Physician and Sportsmedicine*, 15(5), 75-86.
- Dunn, J. G. H., Gotwals, J. K. & Dunn, J. C. (2005). An examination of the domain specificity of perfectionism among intercollegiate student athletes. *Personality & Individual Differences*, 38(6), 1439-1448.
- Edlund, P., Halvarsson, K. & Sjöden, P. (1996). Eating Behaviors, and Attitudes to Eating, Dieting, and Body Image in 7-year-old Swedish Girls. *European Eating Disorders Review*, 4(1), 40-53.
- Engel, S. G., Johnson, C., Powers, P. S., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Wittrock, D.A. & Mitchell, J. E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I collage athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333-343.

- Erkut, S. & Tracy, A. (2002). Predicting adolescent self-esteem from participation in school sports among Latino subgroups. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24(4), 409-429.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de psicología*, 17(1), 139-149.
- Fassino, S., Daga, G. A., Piero, A., Leombruni, P. & Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of psychosomatic Research*, 51(6), 757-764.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Fender-Scarr, L. K. (1999). An investigation of athlete, coach, and family, variables in relationship to eating pathology in adolescent female gymnastic girls. *Dissertation Abstracts International, A, (Humanities and Social Sciences)* 59, 37-43.
- Ferrand, C. & Brunet, E. (2004). Perfectionism and risk for disordered eating among young French male cyclists of high performance. *Perceptual Motor Skills*, 99(3), 959-967.
- Freud, A. (1989). *Sigmund Freud los textos fundamentales del psicoanálisis*. México: Alianza Editorial.
- Friedan, B. (1994). *La fuente de la edad*. España: Planeta.
- Froján, M., González, M. & Cristóbal, R. (2006). *¿Qué es la anorexia?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa a multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Gerner, B. & Wilson, P.H. (2005). Relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 313-320.
- Giannuzzi, P., Mezzani, A., Saner, H., Bjornstad, H., Fioretti, P., Mendes, M. et al. (2003). Physical activity for primary and secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(5), 319-327.
- Gilbert, S. (2005). *Counseling for eating disorders*. New York: Thousand Oaks: Sage.

- Gleaves, D. H., Brown, J. D. & Warren, C. S. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders. A review of the Literatura and Implications for Assessment, Treatment and Prevention. *Behavior Modification*, 28(6), 739-762.
- Golden N. H. (2002). A review of the female athlete triad (amenorrhea, osteoporosis and disordered eating). *International Journal of Adolescent Medicine Health*, 14, 9-17.
- Goldfield, G. S. (1999). A comparison of eating attitudes and behavior and general psychological characteristics in bulimics and bodybuilders. *Dissertation Abstracts International: Section B; the sciences & Engineering*, 60, 2929.
- Goldfield, G. S., Blouin, A. G. & Woodside, D. B. (2006). Body Image, Binge Eating, and Bulimia Nervosa in Male Bodybuilders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 160-168.
- Goldschmidt , A. B., Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K. T., Ringham, R., Yanovski, S. Z. et al. (2008). Subtyping children and adolescents with loss of control eating by negative affect and dietary restraint. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 777-787.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. España: Pirámide.
- Gómez Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer. Problemas de peso. *Investigación psicológica*, 3, 95-112.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Proyecto de investigación: *Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud*. (Mimeo).
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 27-32.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, G. S. & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en 3 diferentes grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila, A. E. (1997). *Como medir factores de riesgo asociados con imagen corporal: Insatisfacción y distorsión*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré G, Ávila AE. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana* 6, 37-46.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, S.C. (2000). Trastornos de alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras de sexo masculino. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7(1), 4-15.

- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, g. & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales, conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y salud*, 18(1), 45-55.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, T. J. & Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En: Calleja, N. & Gómez-Peresmitré, G. (Eds.) *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. (pp. 267-316). México. Fondo de Cultura Económica.
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Strober, M., Woodside, D. B., Treasure, et al. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, 70(3), 787-792.
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 18-24.
- Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 162-166.
- Guerro-Prado, D., Barjau, R. J. M. & Chinchilla, M. A. (2001). Epidemiología de trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. ACEPSI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 403-410.
- Guglielmino, M. (2004). Chrysalis camp: Uniting and empowering girls an Ealing disorders primary prevention program. *The Sciences & Engineering*, 64(7-B), 3523 US: Univ. Microfilms International.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (2001). Dissatisfaction with skin appearance among patients with eating disorders and non-clinical controls. *British Journal of Dermatology*, 145(1), 110-113.
- Hanton, S., Evans, L. & Neil, R. (2003). Hardiness and the competitive trait anxiety response. *Anxiety Stress & Coping. Anxiety Stress and Coping*, 16(2), 167-184.
- Hargreaves, D. & Tiggerman, M. (2003). The effect of "thin ideal" television commercials on body dissatisfaction and schema activation during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescent*, 32(5), 367-373.
- Hausenblas, H. A. & Mack, D. E. (1999). Social physique anxiety and eating disorders correlates among female athletic and nonathletic populations. *Journal of Sport Behavior*, 22, 502-513.

- Hausenblas, A. & McNally, K. (2004). Eating Disorder Prevalence and Symptoms for Track and Field Athletes and Nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16(3), 274-286.
- Hawks, S., Madanat, H.N. & Christley, H.S. (2008). Psychosocial Associations of Dietary Restraint: Implications for Healthy Weight Promotion. *Ecology of Food and Nutrition*, 47(5), 450-483.
- Hayes, C. & Krista, A. (2008). Role of physical activity in diabetes management and prevention. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(4), 19-23.
- Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F. & Keel, P. (1995). Body, weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 1623-1629.
- Heatherton, T. F. & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In J. Chowter, S.E. Hofball, M.A.P. Stephens & D.L. Tennenbaum (Eds.) *The etiology of bulimia: The individual and family context* (p 133-155). Washington D.C. Hemisphere.
- Hernández, A. (2006). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas. Tesis de Doctorado inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Alcántara, A. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria en mujeres nadadoras mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(1), 29-36.
- Hesketh, K., Wake, M. & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1233-1237.
- Hinney A., Remsschmidt, H. & Hebebrand, J. (2000). Candidate gene polymorphisms in eating disorders. *European Journal of Pharmacology*, 410(2-3), 147-159.
- Hinrichsen, H., Waller, W. & Emanuelli, F. (2004). Social Anxiety and Agoraphobia in the Eating Disorders: Associations With Core Beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 784-787.
- Hu, G., Lakka, T. A., Kilpeläinen, T. O. & Toumlehto, J. (2007). Epidemiological studies of exercise in diabetes prevention. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 32(3), 583-595.
- Hulley, A. J. & Hill, A. J. (2001). Eating disorders and health in elite women distance runners. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 312-317.

- Hurley, M. V., Mitchell, H. L. & Walsh, N. (2003). In osteoarthritis, the psychosocial benefits of exercise are as important as physiological improvements. *Exercise & Sport Sciences Reviews*, 31(3), 138-143.
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D. & Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sport Medicine*, 34(6), 431-435.
- Jakicic, J. M. & Otto, A. D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 2265-2295.
- Janet, P. (1992). *De la angustia al éxtasis*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jáuregui, I. (2006). Los factores socioculturales en los trastornos de la conducta alimentaria. España. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/25278>. Documento recuperado el 12 de junio de 2006.
- Jiménez-Castuera, R., Cervelló-Gimeno, E., García-Calvo, T., Santos-Rosa, F. J. & Iglesias-Gallego, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de educación física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen S. & Brook J.S. (2006). Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 184-192.
- Kajtna, T. & Tusak, M. (2003). Personality and motivation of top athletes. *Horizons of Psychology*, 12(1), 67-84.
- Kantomaa, M. T., Tammelin, T. H., Ebeling, H. E. & Taanila, A. M. (2008). Emotional and Behavioral Problems in Relation to Physical Activity in Youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40(10), 1749-1756.
- Karlson, K. A., Becker, C. B. & Merkur, A. (2001). Prevalence of Eating Disordered Behavior in Collegiate Lightweight Women Rowers and Distance Runners. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 11(1), 32-37.
- Kaye, W. H., Devlin, B. & Barbarich, A. (2006). Genetic analysis of bulimia nervosa: Methods and simple description. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4), 556-570.
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Meltzer, C. C., Price, J. C., McConaha, C. W., Crossan, P.J., Klump, K.L. & Rhodes, L. (2001). Altered serotonin 2A receptor in women who have recovered from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1152-1155.

- Kazzoun, L. A. (2000). Personality characteristics, eating attitudes and behaviors of male university athletes. *Dissertation Abstracts International: Section B; The Sciences & Engineering*, 60, 48-91.
- Keel, P., Haedt, A. & Edler, C. (2006). Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 191-199.
- Keppel, G. (1973). *Design and analysis: A research handbook*. Englewood, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kiluk, B. D., Weden, S. & Cullota, V. P. (2009). Sport participation and anxiety in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 499-506.
- Kjelsås, E. & Augestad, L.B. (2004). Gender, eating behavior, and personality characteristics in physically active students. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(4), 258-268.
- Kjormo, O. & Halvari, H. (2002). Two ways related to performance in elite sport: The path of self-confidence and competitive anxiety and the path of group cohesion and group goal-clarity. *Perceptual & Motor Skills*, 94(3), 950-966.
- Kirkcaldy, B.D., Shephard, R.J. & Siefen, R.G. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behavior among adolescents. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37(11), 544-550.
- Kirzman, D. & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo*. España: TEA Ediciones.
- Klump, K. L., McGue, M. & Iacono, W. G. (2002). Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 380-389.
- Kohn, M. & Golden N. H. (2001). Eating disorders and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs*, 3(2), 91-99.
- Kron, L., Katz, J. L., Gorzynski, G. & Weiner, H. (1978). Hyperactivity in anorexia nervosa. A fundamental clinical feature. *Comprehensive Psychiatry*, 19(5), 433-440.
- Lakka, T. A. & Bouchard, C. (2005). Physical activity, obesity and cardiovascular diseases. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 170, 137-63.
- Lamonte, M. J., Blair, S. N. & Church, T. S. (2005). Physical activity and diabetes prevention. *Journal of Applied Psychology*, 99(3), 1205-1213.
- Larsen, R. & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Lattimore, P. J. & Butterworth, M. (1999). A test of the structural model of dieting model among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 295-299.

- Lavender, A., Shubert, I., De Silva, P. & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 331-342.
- Lawther, J. (1978). *Psicología del deporte y del deportista*. Argentina: Paidós.
- Lejoyeux, M., Avril, M., Richoux, C., Embouazza, H. & Nivoli, F. (2008). Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 353-358.
- Levine, R.L. (2002). Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. *Adolescent Medicine*, 13(1), 129-143.
- Litt, I.F. & Glader, L. (1986). Anorexia nervosa, athletics, and amenorrhea. *Journal of Pediatrics*, 109(1), 150-153.
- Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F. & Gartner, A. F. (1991). Traits-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives General of Psychiatry*, 48(8), 720-728.
- McClelland, L. & Crisp, A. (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 150-156.
- Malheior A. S. & Gouveia, M. J. (2001). Psychological anxiety and risk eating behaviors in a sport context. *Análise Psicológica*, 19(1), 143-155.
- Mancilla-Díaz, J. M., Durán-Díaz, A., Ocampo Téllez-Girón, M. T. & López-Alonso, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública de México*, 34(5), 533-539.
- Mancilla-Díaz, J. M., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G., López, A. X. & Román, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. En: J.M. Mancilla-Díaz, & G. Gómes-Peresmitré (Eds.); *Trastornos de la conducta alimentaria en Hispanoamérica*. (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Mangweth, B., Pope, H. G., Kermmler, G., Ebenbichler, C., Haussman A., De Col, C. et al. (2001). Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychotherapy Psychosomatic*, 70(1), 38-43.
- Marañón, I., Echeburúa, E. & Grijalva, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE.). *European Eating Disorders Review*, 12(4), 217-222.
- Marmorstein, N. R., Von Rason, K. M., Iacono, W. G. & Malone, S. M. (2007). Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 118-123.

- Mateos-Parra A. & Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. <http://psiquiatria.com/bibliopsiquis/18375>. Documento recuperado el 15 de noviembre de 2002.
- Mehler, P. S., Sabel, A. L., Watson, T. & Andersen, A. E. (2008). High risk of osteoporosis in male patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 666-672.
- Melzer, K., Kayser, B. & Pichard, C. (2004). Physical activity: the health benefits outweigh the risks. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 7(6), 641-647.
- Miguel-Tobal, F., Navlet, S. M. R. & Díaz, M. (2001). Niveles de ansiedad en distintas modalidades deportivas. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 58-61.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R. & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284-289.
- Mitchell, J. E. & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438-443.
- Molina, J. M. R. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Moller, A.T. & Bothma M.E. (2001). Body dissatisfaction and irrational beliefs. *Psychological Reports*, 88(2), 423-430.
- Montenegro, S. (2006). Disordered Eating in Athletes. *Athletic Therapy Today*, 11(1), 60-62.
- Mountjoy, M. (2008). Weight control strategies of Olympic athletes striving for leanness: what can be done to make sport a safer environment? *Clinical Journal of Sport Medicine*, 18(1), 2-4.
- Morris, J., Tothill, P., Gard, M., McPhail, K., Hannan, J., Cowen, S., & Freeman, C. (2004). Reduced bone mineral density in bulimia as well as anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 71-78.
- Mozo, L. D. (2003). Reflexiones pedagógicas en torno a la importancia de la actividad física y deportiva para el óptimo desarrollo de la sociedad contemporánea. <http://www.efdeportes.com/efd62/afd.htm>. Documento recuperado el 28 de abril de 2004.
- Muise, A. M., Stein, D. G. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 427-435.

- Muños, R. (2009). *Aportes Conceptuales y Aplicaciones del Modelo de Ecuaciones Estructurales a la Investigación en Psicología*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/ubacyt/2008/2010/resumenes.php?id=263>. Documento recuperado el 12 de mayo de 2009.
- Muñoz, P. M. & Turón, G. V. J. (2002). Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente*, 4(9), 55-60.
- Murphy, S.M. (1995). *Sport Psychology interventions*. Champaign IL ; Human Kinetics Publishers, IX, 389.
- Muscat, A. C. & Long, B. C. (2008). Critical comments about body shape and weight: Disordered eating of female athletes and sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20(1), 1-24.
- Newton, J.R., Freeman, C. P. & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 389-394.
- Nordon, M., Harris, G. & Cumming, J. (2003). Disturbed *Eating* in Young, Competitive Gymnasts: Differences Between Three Gymnastics Disciplines. *European Journal of Sport Science*, 3(5), 1-14.
- Norris, R., Carroll, D. & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(1), 55-65.
- Nylander, L. (1971). The feeling of being fat in a school population. *Acta Sociomedica Scandinavica*, 3(1), 17-26.
- O' Dea, J. (2001). Self-concept, weight issues and body image in children and adolescents. En: T. A. Prester (Ed.), *Psychology of Adolescents* (pp. 87-119). New York: Nova Science Publishers Inc.
- Ocampo, T. G., López, A. X., Álvarez, R. G. & Mancilla-Díaz, J. M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica*, 9, 521-535.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of Eating*. Oxford: Blackwell.
- Okano, G., Holmes, R. A., Mu, Z. Yang, P., Lin, Z. & Nakai, Y. (2005). Disordered eating in Japanese and Chinese female runners, rhythmic gymnasts and gymnasts. *International Journal of Sports Medicine*, 26(6), 486-91.

- Olza, I., Velilla, M., Garcés, E. & Andrés, M. (2000) Trastornos de la conducta alimentaria de inicio temprano (menores de 14 años). España. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/17825.Documento> recuperado el 24 de octubre de 2002.
- Oxford English Dictionary*. (1983). New York. Oxford University Press.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Parral, J., Cena, M., Contreras, M., Bonsignore A. & Schust, J. (2007). *Bulimia, anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Polemos.
- Patel, D. R., Greydanus, D. E., Pratt, H. D. & Phillips, E. L. (2003). Eating disorders in adolescent athletes. *Journal of Adolescent Research*, 18(3), 280-296.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B. & Nutzinger, D.O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 408-411.
- Pecharromán, A., Barros, M. C., Hernández, R. & Fernández, A. (2006). Estudio de las revistas juveniles con perspectiva de género: mujeres de portada. *Asociación mujeres jóvenes de Asturias*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/25888/>. Documento recuperado el 26 de mayo de 2006.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M. (2005). Prevalence of Eating disorders methodological considerations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Penas-Lledo, E., Vaz, L. F. J. & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370-375.
- Pereyra, Z. L., (1985). Estandarización del inventario de personalidad, Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson, (T-JTA, en la población de estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Petrie, T. A., Greenleaf, C., Carter, J. E. & Reel, J. J. (2007). Psychosocial Correlates of Disordered Eating Among Male Collegiate Athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(4), 25-41.
- Pittaluga, F.G. (1984). *Temperamento, carácter y personalidad*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 635-644.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. Fairburn (Ed.), *Binge eating*. (pp. 173-206). London: Guilford Press.

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review Psychological*, 53,187-213.
- Reas, D.L. & Grilo, C.M. (2004). Cognitive-behavioral assessment of body image disturbances. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(5), 314-322.
- Reidl, M. L. M., Guillén, R. M., Sierra, O. G. & Joya, L. L. (2002). *Celos y envidia: Medición alternativa*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ricciardelli, L.A. & McCabe, M.P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1317–1328.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2004a). Biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2004b). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behavior Research and Therapy*, 39(11), 1317-1328.
- Rieves, L. & Cash, T. (1996). Social developmental factors and women's body image attitudes. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 63-78.
- Rivera, J. C. A., Londoño, H. N. J. & Sierra, M. R. (2003). Pautas generales para la prescripción de la actividad física en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Iatreia*, 16(3), 240-253.
- Rodríguez, C., Fernández, D., Lalaguna, B., González, R. & González-Pinto, A. (2001). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 4, 234-238.
- Rojas, E. (2001). *¿Quién eres? Del la personalidad a la autoestima*. España: Temas de hoy. Colección vivir mejor.
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Richardson, J. & Aubut, M. (2006) Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590-593.
- Rouveix, M., Bouget, M., Pannafieux, C., Champely, S. & Filaire, E. (2007). Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *International Journal of Sport Medicine*, 28(4), 340-345.
- Ruderman, A. J. & Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 383-390.

- Rydeard, R., Leger, A. & Smith, D. (2006). Pilates-based therapeutic exercise: effect on subjects with nonspecific chronic low back pain and functional disability: a randomized controlled trial. *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy*, 36(7), 472-484.
- Sanford-Martens, T., Davidson, M., Yakushko, O., Martens, M., Hinton, P. & Beck, N. (2005). Clinical and subclinical eating disorders: An examination of collegiate athletes *Journal of Applied Sport Psychology*, 17(1), 79-86.
- Saucedo, T. J. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres, y en sus madres. Tesis de Doctorado inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saucedo, T. J. & Gómez-Pérez-Mitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 18(1), 19-27.
- Schutz, H.K. & Paxton, S.J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(Pt 1) 67-83.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O. & Brownell, K. D., Blair, S.N. & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.
- Selvini, M. (1974). *The golden cage*. London: Open Books.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). Self-starvation. From individualization to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York: Aronson.
- Sher, L. (2001). Possible genetics link between eating disorders and seasonal changes in mood and behavior. *Medical Hypotheses*, 57(5), 606-608.
- Sherman, R. T. & Thompson, R. A. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Silberg, J. L. & Bulik, C. M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines*, 46(12), 1317-1326.
- Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios*. México: Pax.
- Simon, I. & Nef, F. (2005). *Como superar la anorexia. Recuperar el placer de vivir*. Madrid: Síntesis.

- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image, 1*(1) 15-28.
- Smolak, L., Murnen, S. & Ruble, A. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 27*(4), 371-380.
- Sohlberg, S. & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 378*, 1-15.
- Soto G. J. (2001). *Arousal y sus implicaciones en el rendimiento deportivo*. España. <http://www.psiquiatria.com/comportamental/15478>. Documento recuperado el 16 de octubre de 2002.
- Speranza, M., Corcos, M., Atger, F., Paterniti, S. & Jeammet, P. (2003). Binge Eating behaviors and weight control strategies. *Eating and Weight Disorders, 8*(3), 201-206.
- Stein, D., Lilienfeld, L., Wildman, P. & Marcus, M. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry, 45*(6), 447 – 451.
- Stephoe, A., Kimbell, J. & Basford, P. (1998). Exercise and the experience and appraisal of daily stressors: A Naturalistic Study. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(4), 363-374.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.
- Stice E. & Agras, W. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy, 29*(2), 257-276.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R.P., Killen, J.D. y Taylor, C.B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 438-444.
- Stice, E., Shaw, H., & Nemeroff, C. (1998). Dual Model pathway of Bulimia Nervosa: Longitudinal Support for Dietary Restraint and Affect-Regulation Mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*(2), 129-149.
- Strelan, P., Mehaffey, S. J. & Tiggemann, M. (2003). Self-objectification and esteem in young women: the mediating role of reasons for exercise. *Sex Roles, 48*(1-2), 89-95.

- Strong, K. G. & Huon, G. F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4):315-26.
- Strumia, R., Varotti, E., Manzato, E. & Gaulandi, M. (2001). Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology*, 203(4), 314-317.
- Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25-32.
- Taliaferro L. A., Rienzo B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D. & Dodd, V. J. (2009). Associations between physical activity and reduced rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *Journal of American College Health*, 57(4), 427-436.
- Terry. P. C., Lane, A. M. & Warren, L. (1999). Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. *Journal of Science & Medicine Sport*, 2(1), 67-77.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity. An integrative guide for assessment and treatment*. Washington. American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Covert, M., Richards, K., Johnson, S. & Cattarin, J. (1995). Development of Body Image, Eating Disturbance and General Psychological Functioning in Female Adolescents: Covariance Structural Modeling and Longitudinal Investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 221-236.
- Thompson, J. K., Covert, M. D. & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1) 43-51.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1991). Development and validation of a New Body Image Assessment Scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258–269.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (2002). *Exacting beauty. Theory Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*. American Psychological Association. Washington D.C.
- Thompson, R. A. & Sherman, R. T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign IL: Human Kinetics Publishers.
- Tomotake, M. & Ohmori, T. (2002). Personality profiles in patients with eating disorders. *Journal of Medicine Investigation*, 49(3-4), 87-96.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.

- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. & Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 351-359.
- Toro, J., Castro, R., Nicolau, R., Cervera, M., Toro, A., Zaragoza, M. & Blecua, M.J. (1995). Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica*, 2(5), 124-134.
- Toro, J., Gila, A., Castro, J., Pombo, C. & Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating Weight Disorders*, 10(2), 91-97.
- Toro, J. & Vilardel, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Torstveit M. K., & Sundgot-Borgen, J. (2005). The female athlete triad: Are elite female athletes at increased risk? *Medicine. Science in. Sports Exercise*, 37(2), 184-193.
- Trummer, M. Eustacchio, S., Unger, F., Tillich, M. & Flaschka, G. (2002). Right hemispheric lesions as a cause for anorexia nervosa report of three cases. *Acta Neurochirurgica*, 144(8), 797-801.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 355-361.
- Tyler, I., Wiseman, M.C., Crawford, R.I. & Birmingham, C. (2002). Cutaneous manifestations of eating disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 6(4), 345-353.
- Unikel, S. C. (1998). Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Maestría inédita. Facultad de Psicología UNAM.
- Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado inédita. Facultad de psicología, UNAM.
- Vandereycken, W. & Van Deth (1994): *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres: The Athlone Press.
- Vaz, F. J. (2006). Respuesta inmunológica y neurobiológica en pacientes con bulimia nerviosa: correlación con los perfiles clínicos derivados de la swap-200. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/25342/>. Documento recuperado el 16 de mayo de 2006.

- Vaz, L. F. J., Peñas, L. E. M., Guisado, M., Ramos, F. & López-Ibor, A. (2001). Psicopatología de la bulimia nerviosa: un modelo multidimensional. *ACEPSI. Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 201-215.
- Vázquez, A. R., Fuentes, T. E., Báez, R. M., Álvarez, G. L. & Mancilla-Díaz, J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios. Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. En: J.M. Mancilla-Díaz, & G. Gómez-Peresmitré (Eds.); *Trastornos de la conducta alimentaria en Hispanoamérica*. (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Vázquez, A. R., López, X., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez, G. & Franco, K. (2004). Cognitive Factors and Body Dissatisfaction in Mexican Men with Eating Disorders or Symptomatology. En: J.M. Mancilla-Díaz, & G. Gómez-Peresmitré (Eds.); *Trastornos de la conducta alimentaria en Hispanoamérica*. (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Vázquez, M., Olivares, J., Fleta, J., Lacambra, I. & González, M. (2003). Alteraciones cardiológicas en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa. *Revista Española de Cardiología*, 56(7), 669-673.
- Vélez, M.Y. & Herrasti, E. (2002). La influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/5373/>. Documento recuperado el 12 de noviembre de 2002.
- Veron-Guidry, S., Williamson, D. A. & Netemeyer, R. G. (1997). Structural Modeling Analysis of Body Dysphoria and Eating Disorder Symptoms in Preadolescent Girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Assessment*, 5(1), 15-27.
- Vestergaard, P., Emborg, C., Stoving, R. K., Hagen, C., Moeskilde, L. & Brixen, K. (2002). Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders-a nationwide register study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 301-308.
- Visauta, B. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Estadística Multivariante*. México. McGraw Hill.
- Vyver, E., Steinegger, C. & Katzman, D. K. (2008). *Eating disorders and menstrual dysfunction in adolescents*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135, 253-264.
- Walberg, J. & Jhonston, C. S. (1991). Menstrual function and eating behavior in female recreational weight lifters and competitive body builders. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 23(1), 30-36.
- Wardle, J., Waller, J. & Rapoport, L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obesity Research*, 9(12), 778-787.

- Westhoff, T. H., Schmidt, S., Gross, V., Joppke, M., Zidek, W., Van der Giet M, & Dimeo, F. (2008). The cardiovascular effects of upper-limb aerobic exercise in hypertensive patients. *Journal of Hypertension*, 26(7), 1336-1342.
- Wichstrøm, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 448-453.
- Wildes, J. E., Simons, A. D. & Marcus, M. D. (2005). Bulimic symptoms, cognitions, and body dissatisfaction in women with major depressive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 9-17.
- Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., Jackman, L.P., Anderson, D.A., Funsch, C.L. & Rabalais, J.Y. (1995). Structural Equation Modeling of Risk Factors for the Development of Eating Disorder Symptoms in Female Athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 387-393.
- Winston, A. P., Alwazeer, A. E. & Bankart, M. J. (2008). Screening for osteoporosis in anorexia nervosa: prevalence and predictors of reduced bone mineral density. *International Journal of Eating Disorders*, 4(13), 284-287.
- Wiseman, C. V., Peltzman, B., Halmí, K. A. & Sunday, S.R. (2004). *Risk Factors for Eating Disorders: Surprising Similarities between Middle School Boys and Girls. Eating Disorders*, 12(4), 315-320.
- Wonderlich, S. A. (1995). Personality and eating disorders. En: Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. eds. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Wonderlich, S. A. Swift, W. J. Slotnick, H. B. & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. 9(6), 607-616.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W.H. et al. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284-289.
- World Health Organization. (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra: WHO.
- Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, C. M. (1983). Running-an analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine*, 308(5), 251-255.
- Youssef, G., Plancherel, B; Laget, J, Corcos, M, Flament, M.F. & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry*, 19(3), 131-139.

- Zaider, T. L., Johnson, J. G. & Cockell, S. G. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 58-67.
- Ziegler, P. J., Khoo, C. S., Sherr, B., Nelson, J. A., Larson, W. M. & Drewnowski, A. (1998). Body image and dieting behaviors among elite figure skaters. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 421-427.
- Zipfel, S., Sammet, I., Rapps, N., Herzog, W., Herpetz, S. & Martens, U. (2006). Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 129(1-2), 99-106.
- Zucker, N.L., Womble, L.G., Williamson, D.A. & Perrin, L. (1999). Protective Factors for eating disorders in female college athletes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 7(3), 207-218.

Anexo A.

Modelos en su versión larga.

Modelo 2 de ecuaciones estructurales para mujeres deportistas. Versión larga. (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

Entre los índices de bondad de ajuste de mujeres deportistas, (figura 19) la chi cuadrada ($X^2 = 21.281$ gl = 13 $p = .068$) tal como se esperaba no resultó significativo por lo que el modelo fue factible de realizarse (Arburckle & Wothke, 1999). Al observar las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI, estas obtuvieron valores de .72 a .89 que pueden considerarse como de mediana aceptación mientras que la medida RMSEA fue de .13 valor por arriba del 05 de acuerdo con Cohen (1988).

En el modelo de mujeres deportistas puede verse el papel que juegan los rasgos de personalidad tales como depresión, hostilidad y actividad social, tanto por sus correlaciones que presentan entre ellos así como por la relación directa que establecen hostilidad y actividad social con insatisfacción corporal (ver figura 19).

La correlación más alta se encontró entre depresión y hostilidad, $R = .43$, dichos factores también se correlacionaron con el rasgo de actividad social, cabe señalar que en ambos casos el índice de correlación fue negativo, $R = -.33$ para depresión y $R = -.18$ para el caso de la hostilidad, la actividad social aparece como un factor protector en el grupo de mujeres deportistas, a mayor actividad social menor hostilidad y depresión. Cabe destacar

que este mismo rasgo se encontró en el modelo de este mismo grupo en su versión corta, puede confirmarse que en las mujeres deportistas es un factor protector tanto en su versión corta como la versión larga. Entre más se presente este factor los índices de hostilidad y depresión son menores. Asimismo a mayor actividad social menor es el peso o la influencia del IMC ($R = -.15$) como factor de riesgo para la aparición de TCA, específicamente de conducta bulímica (comer compulsivo).

Puede observarse que el índice de masa corporal (IMC) se correlaciona con la actividad social $R = -.15$ y a su vez influye en la insatisfacción corporal $B = -.07$, vale la pena señalar que ambos índices son negativos, en el caso de la correlación entre IMC y actividad social indica que entre más se presente dicho factor de la personalidad menor es el papel del IMC para la aparición de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y a su vez se ve también (figura 43) que el IMC ($B = -.07$) y actividad social ($B = -.08$) influyen de manera negativa con insatisfacción corporal, de hecho, nuevamente puede verse el papel protector del rasgo activo social, a mayor actividad social, menor insatisfacción corporal.

Es importante hacer énfasis en el lugar central o mediador que ocupa el factor de insatisfacción corporal, sin embargo debe señalarse que, en general, las relaciones de los diferentes factores (hostilidad, activo social, IMC y preocupación por el peso) con insatisfacción corporal tienen cargas o pesos beta muy bajos (de $.05$ a $.09$). Por lo que puede decirse que el valor cognoscitivo del modelo reside en que indica las relaciones y

direcciones de las ligas que se establecen entre los factores, condición que sirve de punto de partida en la búsqueda (investigación) de relaciones más fuertes.

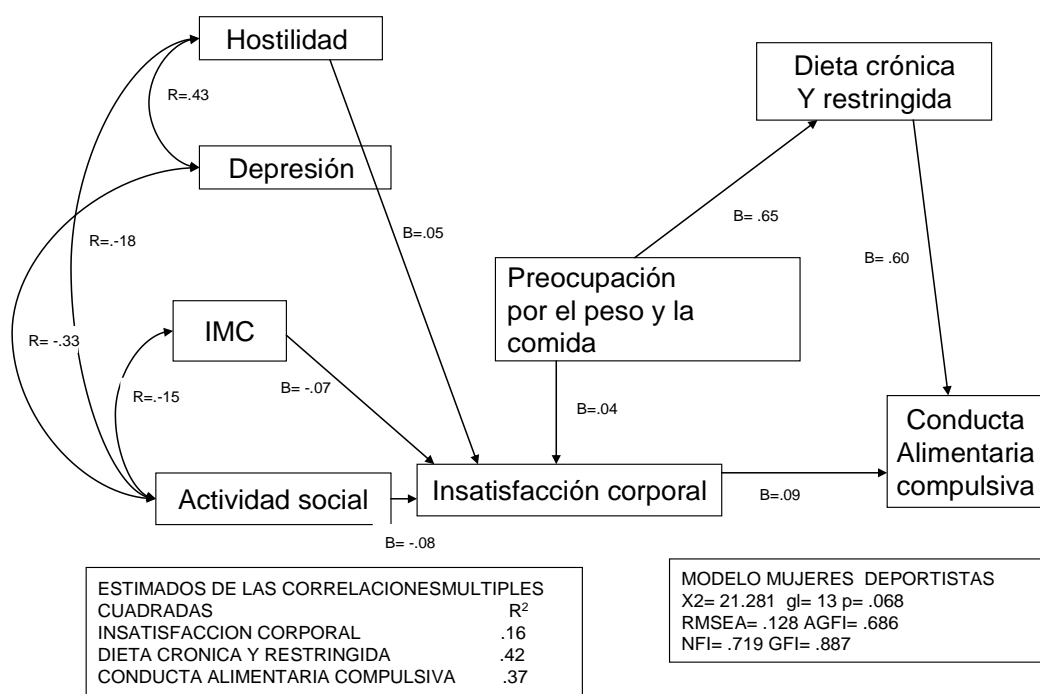
Puede concluirse que cuando las mujeres deportistas son activas socialmente y no se preocupan mucho por el IMC, es poco probable que estén insatisfechas con su cuerpo. Por otra parte el rasgo hostilidad también presenta una influencia sobre la insatisfacción corporal, sin embargo puede verse que dicha influencia es mínima $B = .05$.

Ahora bien ¿Cuál es el papel que juegan los factores de riesgo en TCA en este modelo? Puede verse (figura 43) que las ligas directas que se establecen entre preocupación por el peso (B_{65}) → dieta crónica y restringida → (B_{60}) → conducta alimentaria compulsiva dieron cuenta de las cargas beta más altas del modelo (.65 y .60). En primer lugar Puede verse que insatisfacción corporal influye sobre conducta alimentaria compulsiva ($B = .09$) aunque se observa que la influencia es mínima.

Por otro lado preocupación por el peso y la comida influye tanto en insatisfacción corporal $B = .04$ como en dieta crónica y restringida $B = .65$, esto indica que el factor preocupación por el peso tiene una alta influencia en la aparición de dieta restringida lo que a su vez facilita las condiciones para que se produzcan conductas bulímicas (atracción o comer compulsivo)

Preocupación por el peso y la comida juega un papel central en el presente modelo, al influir en dos ocasiones, de manera indirecta en conducta alimentaria compulsiva, a través de insatisfacción corporal y a través de dieta crónica y restringida. De hecho este factor es el que explica el porcentaje de varianza más alto (42%) ($R^2 = 0.42$), Mientras que conducta alimentaria compulsiva explica el 37% e insatisfacción corporal el 16%.

Figura 19. Modelo 2 de ecuaciones estructurales mujeres deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

Modelo 2 de ecuaciones estructurales para hombres deportistas. Versión larga. (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

En el presente de hombres deportistas, la chi cuadrada ($X^2 = 17.172$ gl = 11 p = .103) también no resultó significativa por lo que el modelo fue factible de realizarse (Arburckle & Wothke, 1999). Al observar las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI, estas obtuvieron valores de .70 A .91 que pueden considerarse como de mediana aceptación mientras que la medida RMSEA fue de .12 valor por arriba del .05.

En el modelo de hombres deportistas (figura 20), se observa (al igual que en el de las mujeres deportistas) que están presentes e interrelacionados los rasgos de hostilidad con depresión (R .29), con IMC (R - .27), con actividad social (R - .18) y depresión con IMC (R .04), encontrándose la correlación más alta entre depresión y actividad social (R .50) lo que podría asumirse como el papel protector del rasgo de actividad social. A mayor actividad de ésta menor depresión; a su vez IMC se correlaciona con actividad social (R .05). Curiosamente a diferencia del modelo de mujeres deportistas y lejos de lo que uno esperaría, en ese modelo (ver figura 19) depresión no se correlaciona con IMC.

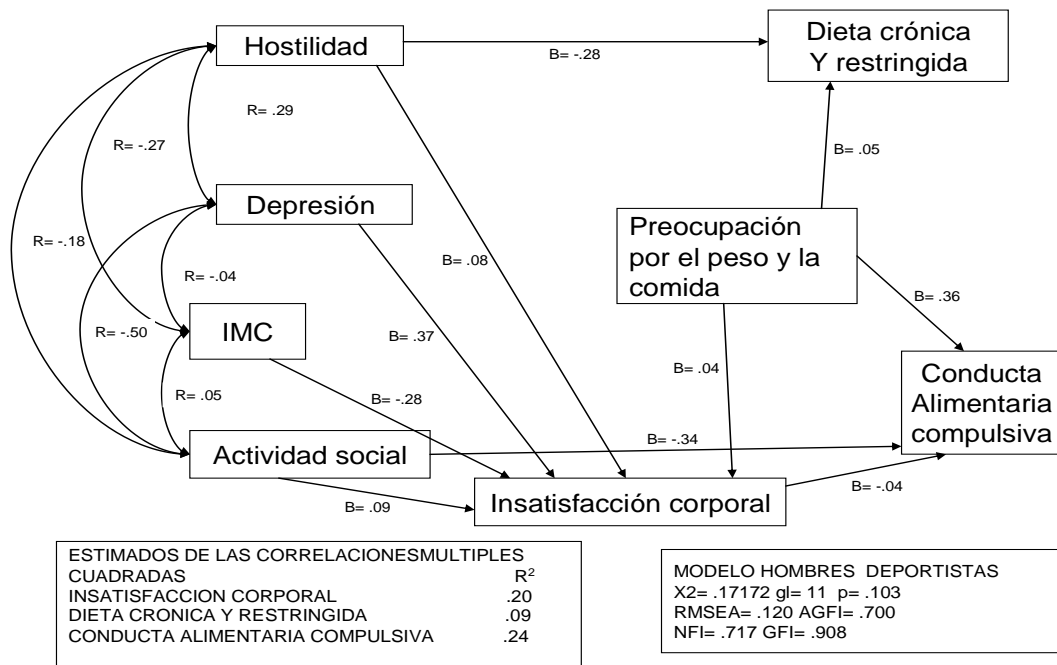
Haciendo referencia a las características (no presentes en el modelo de las mujeres deportistas) de la estructura del modelo de los hombres deportistas, todos los rasgos de personalidad (hostilidad, depresión y actividad social) así como del IMC, además de sus intercorrelaciones, parten ligas directas con diferentes pesos beta hacia insatisfacción corporal (con las cargas más altas de depresión B .37; e IMC B -.28) y a través de esta, que se relaciona directamente con conducta alimentaria compulsiva, se relacionan

indirectamente hostilidad, depresión, actividad social e IMC. También llama la atención que actividad social además de su relación indirecta, también se relacione directamente con una carga negativa (B -.34) y que esta última relación no esté presente en el modelo de las mujeres deportistas.

Asimismo hay que hacer notar el papel que juega el factor preocupación por el peso corporal dentro de la estructura del modelo de los hombres deportistas que se relaciona directamente (B .36) con conducta alimentaria compulsiva y con insatisfacción corporal y con dieta crónica y restringida aunque con pesos muy bajos ($< .10$). Ahora bien, aunque la estructura de estas relaciones del factor preocupación por el peso es la misma en el modelo de las mujeres, no obstante en este se dieron con cargas altas ($> .60$) (ver figura 20).

Por último debe señalarse que el factor de conducta alimentaria compulsiva es el que explica el mayor porcentaje de la varianza ($R^2 = 0.24$), mientras que dieta crónica y restringida explica solo el 9% y un 20% insatisfacción corporal. Debe subrayarse que en el modelo de las mujeres deportistas, los mismos factores explicaron dos veces más varianza.

Figura 20. Modelo 2 de ecuaciones estructurales hombres deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

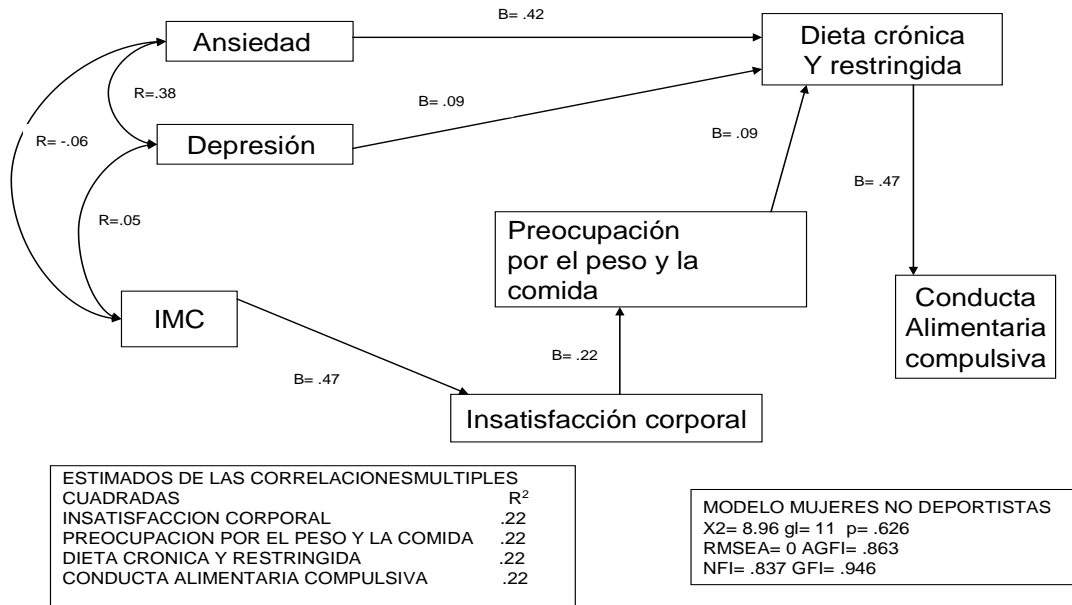
Modelo 2 de ecuaciones estructurales para mujeres no deportistas. Versión larga. (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

En el presente modelo de mujeres no deportistas, la chi cuadrada ($X^2 = 8.96$ gl = 11 $p = .626$) no resultó significativa por lo que el modelo fue factible de realizarse (Arburckle & Wothke, 1999). Al observar las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI, estas obtuvieron valores de .84 A .92 que pueden considerarse como aceptables mientras que la medida RMSEA fue de .00 valor <.05

En el modelo de las mujeres no deportistas, puede apreciarse la presencia de correlaciones (ligas con doble flecha) entre ansiedad y depresión (B. 38) y entre estas e IMC con Rs muy bajas ($< .10$). cabe señalar que en el modelo de mujeres no deportistas no aparece el rasgo de hostilidad ni el de actividad social presentes en el de mujeres deportistas y que la relación directa entre IMC e insatisfacción corporal tiene una carga más alta (B. 47) entre las mujeres no deportistas que la de mujeres deportistas (B. 07).

En el modelo de las mujeres no deportistas sobresalen las relaciones directas que parten de ansiedad a dieta crónica y restringida (B. 42) y de esta a conducta alimentaria compulsiva (B. 47), que junto con la relación IMC e insatisfacción corporal (B. 47), constituyen las relaciones con las cargas más altas del modelo, debe señalarse que en este modelo es el factor de dieta crónica y restringida el que ocupa el lugar central y mediador entre los factores de personalidad (ansiedad y depresión) y conducta alimentaria compulsiva: es decir por un lado ansiedad y depresión influyen directamente en dieta crónica y restringida y a través de esta, influyen indirectamente en conducta alimentaria compulsiva, por otro lado IMC influye directamente en insatisfacción corporal y de esta va a preocupación por el peso (B. 22) y de allí a dieta crónica y restringida (B. 09). Y A través de esta a conducta alimentaria compulsiva. Curiosamente los factores de insatisfacción corporal, preocupación por el peso, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva, cada uno explica el mismo porcentaje de varianza (22%) ($R^2 = 0.22$), (ver figura 21).

Figura 21. Modelo 2 de ecuaciones estructurales mujeres no deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

Modelo 2 de ecuaciones estructurales para hombres no deportistas. Versión larga. (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).

En el presente modelo de hombres no deportistas, la chi cuadrada ($X^2 = 19.396$ gl = 15 p = .196) no resultó significativa por lo que el modelo fue factible de realizarse (Arburckle & Wothke, 1999). Al observar las medidas de ajuste GFI, AGFI, y NFI, estas obtuvieron valores de .76 A .90 que pueden considerarse como aceptables mientras que la medida RMSEA fue de .00 valor .07 ligeramente mayor al .05.

Respecto a los hombres no deportistas, se observa el papel que tuvieron los rasgos de personalidad ansiedad, depresión y hostilidad, puede verse las correlaciones que se presentaron entre ellos, su relación con IMC y la influencia que tuvieron en los factores de riesgo en TCA, como insatisfacción corporal, dieta crónica y conducta alimentaria compulsiva. En la figura 22 puede observarse la presencia de correlaciones (ligas con doble flecha) entre los 3 rasgos, e IMC, siendo la más alta entre ansiedad y depresión ($R = .49$), seguida de depresión y hostilidad ($R = .28$) y de ansiedad y hostilidad ($R = .14$). Entre estas e IMC los valores son muy bajos ($< .06$).

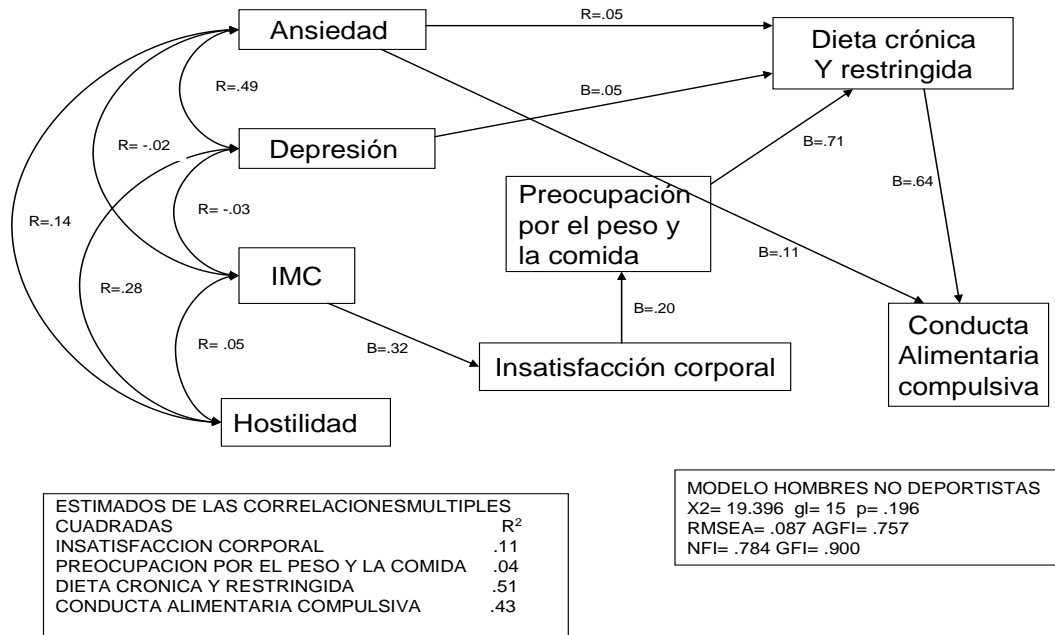
Es importante notar el papel central y mediador que jugó en el presente modelo de los hombres no deportistas dieta crónica y restringida, en las relaciones que establece este factor es donde se encontraron los pesos beta más altos en los hombres no deportistas, (.71 y .64), esto también se observa en los porcentajes de varianza de los factores de riesgo en TCA en donde dieta crónica explica (51%) lo sigue conducta alimentaria compulsiva con 43% e insatisfacción corporal con 11% y preocupación por el peso con solo 4%. En el modelo de hombres no deportistas se puede observar que aparecen nuevamente los rasgos de personalidad (depresión y hostilidad) al igual que el modelo de hombres deportistas; sin embargo ya no aparece el rasgo de actividad social que mostró ser un factor protector y en cambio se hace presente el rasgo ansiedad.

Aunque el rasgo de hostilidad aparece en los dos modelos de hombres, no obstante establece relaciones estructurales muy distintas: en el modelo de hombres deportistas influye directamente sobre dieta crónica y restringida y también en insatisfacción corporal y

a través de esta va a conducta alimentaria y compulsiva. Mientras que en el de los no deportistas, dicho rasgo, hostilidad, no se relaciona directa ni indirectamente con ningún otro factor. Por otra parte, resulta interesante señalar que el único modelo donde no aparece el rasgo de hostilidad es en el de las mujeres no deportistas (figura 21). Mientras que el de mujeres deportistas influye en insatisfacción corporal (figura 19), al igual que en el de los hombres deportistas (figura 20).

Llama la atención el cambio que sufre el factor de insatisfacción corporal en el modelo de los hombres no deportistas con respecto a las interrelaciones y relaciones directas que parten de los rasgos de personalidad; mientras que en el modelo de los hombres deportistas es clara la posición central y mediadora del factor insatisfacción corporal, al que llegan directamente todas las ligas (relaciones) que parten de los rasgos de hostilidad, ansiedad, depresión, actividad social e IMC, además del de preocupación por el peso, en el de los no deportistas dicho lugar lo ocupa dieta crónica y restringida con la que se establecen relaciones directas que provienen de ansiedad, depresión y preocupación por el peso. Resulta interesante señalar que este mismo patrón se encontró en el modelo de las mujeres no deportistas, mientras que el de las mujeres deportistas es similar al de hombres deportistas.

Figura 22. Modelo 2 de ecuaciones estructurales hombres no deportistas. Versión larga de la prueba (9 rasgos de personalidad de la prueba de Taylor y Johnson).



El planteamiento de las hipótesis de trabajo aparece en la página 94.

Anexo B.

Cuestionario de Alimentación y Salud. Formato XX.

SECCION A

SECCIÓN DEPORTIVA. (Este recuadro sólo lo llena el aplicador)

Entidad _____

Institución Deportiva. _____

INSTRUCCIONES GENERALES: Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no solo tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1. ¿Qué estás estudiando?

A) Primaria B) Secundaria C) Bachillerato

2. ¿Cuál es tu promedio escolar? _____

3. Mi escuela es:

A) Pública o de gobierno B) Privada o particular

4. ¿Cuántos años tienes? _____

5. Edad de tu primera menstruación.

A) Menos de 9 años B) 9 a 11 años C) 12 a 14 años
D) 15 a 17 años E) 18 a 20 años F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

A) No. Pasa a la pregunta 10 B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

7. ¿A los cuantos años tuviste tu primera relación sexual? _____

8. El inicio de tu vida sexual fue:

A) Por decisión propia B) Por imposición de otros

9. ¿Tienes hijos?

A) Si B) No

10. ¿Cuántas habitaciones hay en tu casa en total (sin contar baño y cocina)?

A) Una B) Dos C) Tres D) Cuatro E) Cinco
F) Seis o más

11. ¿Cuántos baños hay en tu casa? _____

12. ¿Tus padres tienen automóvil?

- A) No B) Si

13. ¿Hasta qué año estudió tu papá?

- A) Sin estudios B) Preparatoria completa C) Primaria incompleta
D) Secundaria completa E) Secundaria incompleta F) Preparatoria completa
G) Preparatoria incompleta H) Carrera técnica I) Universidad J) Postgrado

14. ¿Hasta qué año estudió tu mamá?

- A) Sin estudios B) Preparatoria completa C) Primaria incompleta
D) Secundaria completa E) Secundaria incompleta F) Preparatoria completa
G) Preparatoria incompleta H) Carrera técnica I) Universidad J) Postgrado

15. ¿Cuál es la ocupación de tu papá?

- A) Obrero B) Empleado C) Comerciante D) Profesionista
E) Empresario F) Vendedor ambulante G) Jubilado
H) Otra. Especifica_____

16. ¿Cuál es la ocupación de tu mamá?

- A) Obrera B) Empleada C) Comerciante D) Profesionista
E) Empresaria F) Vendedora ambulante G) Ama de casa
H) Otra. Especifica:_____

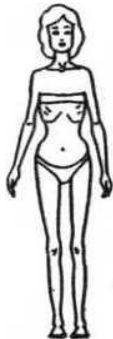
17. ¿Cuántas horas a la semana practicas deporte?

_____Horas.

SECCION B

Observa con cuidado las siguientes siluetas y elige la que más se aproxime a tu figura o a tu imagen corporal.

(A)



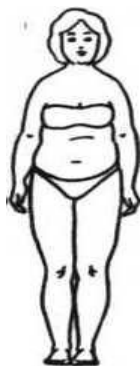
(B)



(C)



(D)



(E)



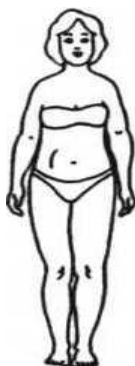
(F)



(G)



(H)



(I)



SECCION C

1. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

A) No (Pasa a la siguiente sección) B) Si (Pasa a la siguiente pregunta)

2. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

A) No B) Sí

SECCION D

Ahora lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (no hay respuestas buenas ni malas).

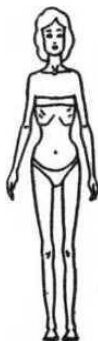
A Nunca	B A veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
--------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

1. Paso por periodos en los que como en exceso
2. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre
3. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.
4. Siento que mi forma de comer se sale de mi control
5. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo no puedo detenerme
6. No soy consciente de cuanto como
7. Siento que no puedo parar de comer
8. Como sin medida
9. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi Forma de comer.
10. Difícilmente pierdo el apetito
11. Soy de las que se hartan (se llenan de comida)
12. Siento que como mas de lo que. la mayoría de la gente come
13. Me avergüenzo de comer tanto
14. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa
15. Comer me provoca sentimientos de culpa
16. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso
17. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"
18. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso
19. Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos para controlar mi peso
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada
21. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa
22. Soy de los que se preocupan regularmente por la comida
23. Me deprimó cuando como de mas
24. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".
25. Disfruto me gusta sentir el estómago vacío.
26. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.
27. Cuando estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar.
28. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.
29. Pertenezco al club de las que para controlar su peso se saltan comidas.
30. Como masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).
31. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.

SECCION E

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que mas te gustaría tener.

(A)



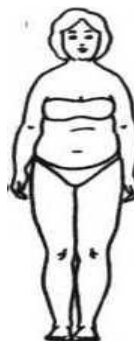
(D)

(B)

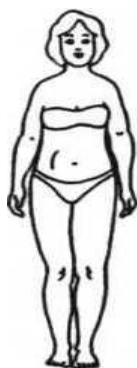


(E)

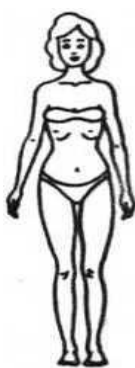
(C)



(F)



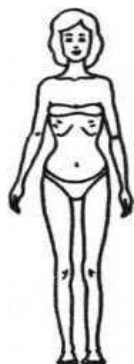
(G)



(H)



(I)



SECCION F

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo B) Menor del que actualmente tengo C) El mismo que tengo D) Más alto del que actualmente tengo E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha B) Satisfecha C) Indiferente D) Insatisfecha E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él B) Por abajo de él C) Estás en tu peso ideal D) Por arriba de él E) Muy por arriba de él

4. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

5. Llegar a estar gordo:

- A) Me preocupa demasiado B) Me preocupa mucho C) Me preocupa de manera regular D) Me preocupa poco E) No me preocupa

6. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____Años

7. Cómo me ven los demás:

- A) Me preocupa demasiado B) Me preocupa mucho C) Me preocupa de manera regular D) Me preocupa poco E) No me preocupa

8. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve;

- A) Muy de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Muy en desacuerdo

9. Me gusta la forma de mi cuerpo:

- A) Muy de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Muy en desacuerdo

Cuestionario de Alimentación y Salud. Formato XY.

SECCION A

SECCIÓN DEPORTIVA. (Este recuadro sólo lo llena el aplicador)

Entidad _____

Institución Deportiva. _____

INSTRUCCIONES GENERALES: Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no solo tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1. ¿Qué estás estudiando?

A) Primaria B) Secundaria C) Bachillerato

2. ¿Cuál es tu promedio escolar? _____

3. Mi escuela es:

A) Pública o de gobierno B) Privada o particular

4. ¿Cuántos años tienes? _____

5. Edad de tu primera emisión nocturna (eyaculación).

A) Menos de 9 años B) 9 a 11 años C) 12 a 14 años
D) 15 a 17 años E) 18 a 20 años F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

A) No. Pasa a la pregunta 10 B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

7. ¿A los cuantos años tuviste tu primera relación sexual? _____

8. El inicio de tu vida sexual fue:

A) Por decisión propia B) Por imposición de otros

9. ¿Tienes hijos?

A) Si B) No

10. ¿Cuántas habitaciones hay en tu casa en total (sin contar baño y cocina)?

A) Una B) Dos C) Tres D) Cuatro E) Cinco
F) Seis o más

11. ¿Cuántos baños hay en tu casa? _____

12. ¿Tus padres tienen automóvil?

A) No B) Si

13. ¿Hasta qué año estudió tu papá?

- A) Sin estudios B) Preparatoria completa C) Primaria incompleta
D) Secundaria completa E) Secundaria incompleta F) Preparatoria completa
G) Preparatoria incompleta H) Carrera técnica I) Universidad J) Postgrado

14. ¿Hasta qué año estudió tu mamá?

- A) Sin estudios B) Preparatoria completa C) Primaria incompleta
D) Secundaria completa E) Secundaria incompleta F) Preparatoria completa
G) Preparatoria incompleta H) Carrera técnica I) Universidad J) Postgrado

15. ¿Cuál es la ocupación de tu papá?

- A) Obrero B) Empleado C) Comerciante D) Profesionista
E) Empresario F) Vendedor ambulante G) Jubilado
H) Otra. Especifica:_____

16. ¿Cuál es la ocupación de tu mamá?

- A) Obrera B) Empleada C) Comerciante D) Profesionista
E) Empresaria F) Vendedora ambulante G) Ama de casa
H) Otra. Especifica:_____

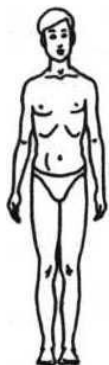
17. ¿Cuántas horas a la semana practicas deporte?

_____Horas.

SECCION B

Observa con cuidado las siguientes siluetas y elige la que más se aproxime a tu figura o a tu imagen corporal.

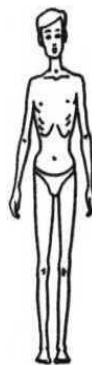
(A)



(B)



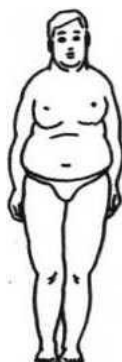
(C)



(D)



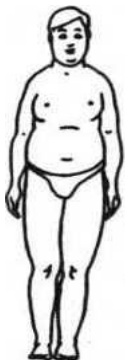
(E)



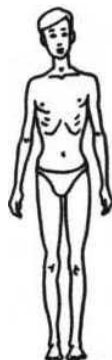
(F)



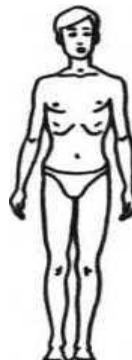
(G)



(H)



(I)



SECCION C

1. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

A) No (Pasa a la siguiente sección) B) Si (Pasa a la siguiente pregunta)

2. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

A) No B) Sí

SECCION D

Ahora lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (no hay respuestas buenas ni malas).

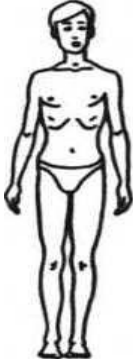
A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre
2. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.
3. Siento que mi forma de comer se sale de mi control
4. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.
5. No soy consciente de cuanto como.
6. Siento que no puedo parar de comer
7. Como sin medida
8. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi Forma de comer.
9. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.
10. Comer me provoca sentimientos de culpa.
11. Ingiero comidas y/o comidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.
12. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”.
13. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.
14. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).
15. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos como medida de control de peso.
16. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.
17. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.
18. Disfruto me gusta sentir el estómago vacío.
19. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.
20. Cuando estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar.
21. Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.
22. Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan comidas.

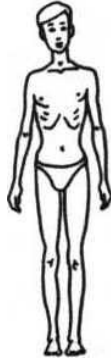
SECCION E

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquellas que más te gustaría tener:

(A)



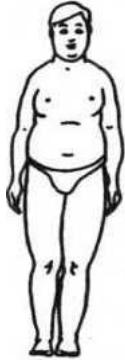
(B)



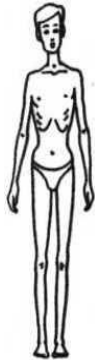
(C)



(D)



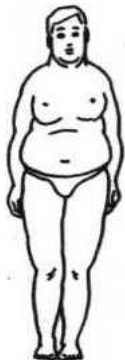
(E)



(F)



(G)



(H)



(I)



SECCION F

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo B) Menor del que actualmente tengo C) El mismo que tengo D) Más alto del que actualmente tengo E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho B) Satisfecho C) Indiferente D) Insatisfecho E) Muy insatisfecho

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él B) Por abajo de él C) Estás en tu peso ideal D) Por arriba de él E) Muy por arriba de él

4. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |

5. Llegar a estar gordo:

- A) Me preocupa demasiado B) Me preocupa mucho C) Me preocupa de manera regular D) Me preocupa poco E) No me preocupa

6. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____ Años

7. Cómo me ven los demás:

- A) Me preocupa demasiado B) Me preocupa mucho C) Me preocupa de manera regular D) Me preocupa poco E) No me preocupa

8. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve;

- A) Muy de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Muy en desacuerdo

9. Me gusta la forma de mi cuerpo:

- A) Muy de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Muy en desacuerdo

Anexo C. Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson.

INSTRUCCIONES

No abras el folleto hasta no haber leído todas las instrucciones.

- 1.- En la parte superior de la hoja de respuestas, a la derecha escribe con cuidado la información personal que se te pide.
- 2.- No escribas o marques este folleto. Contesta únicamente en la hoja de respuestas como a continuación se explica.
- 3.- Contesta a todas las preguntas aunque no te sientas muy seguro de las respuestas. No pienses mucho en ninguna pregunta antes de contestar.
- 4.- Lee y aplica cada pregunta a ti mismo, respondiendo en el espacio indicado.
- 5.- En la hoja de respuestas hay tres columnas en las que debes marcar tus contestaciones.

	+	MID	-	
1.-	-----	-----	-----	
"Preferentemente si"				MAS (+) Significa "Definitivamente" o
2.-	-----	-----	-----	
				MID Significa "Indeciso"
3.-	-----	-----	-----	
				MENOS (---) Significa "Definitivamente no"
o "Preferentemente no"				

- 6.- Decide cómo puedes aplicar cada pregunta a ti. Pon tu respuesta marcando firmemente con lápiz el espacio entre las líneas punteadas en la columna que esté más de acuerdo con tu contestación. Si deseas cambiar su respuesta, por favor borra completamente la marca de tu contestación antes de volver a marcar.
- 7.- Trata de contestar con Un MAS (+) o un MENOS (-) definido, evita lo más que puedas las respuestas –MID.

- 1.- ¿Eres por naturaleza una persona que perdona?
- 2.- ¿, Tomas una parte activa en asuntos de la comunidad o en actividades grupales?
- 3.- ¿Te quedas relativamente calmado cuando los demás se ponen emocionalmente trastornados?
- 4.- ¿, Tienes una influencia marcada en el pensamiento de tu familia o en tus compañeros de escuela?
- 5.- ¿Puedes ponerte comprensivamente en el lugar de otra persona?
- 6.- ¿, Prefieres unas vacaciones tranquilas e inactivas a unas activas?
- 7.- ¿Tienes dificultad en concentrarte a leer o estudiar?
- 8.- ¿Prefieres ser seguidor en lugar de dirigir en actividades grupales?
- 9.- ¿Vives una vida tranquila sin involucrarte en muchas relaciones fuera del hogar y del trabajo?
- 10.- ¿Tomas la iniciativa en hacer planes para actividades y vacaciones familiares?
- 11.- ¿Haces demasiados planes irrealistas para el futuro que más tarde abandonas?
- 12.- ¿Sientes compasión por personas débiles e inseguras?

- 13.- ¿Disfrutas de pertenecer a clubes o grupos sociales?
- 14.- ¿Buscas mantener la paz a cualquier precio?
- 15.- ¿Te incómodas fácilmente por el ruido y la confusión?
- 16.- ¿Evitas esfuerzos físicos o actividades vigorosas?
- 17.- ¿Pareces generalmente tranquilo y sereno?
- 18.- ¿Te interesas seriamente por los problemas sociales, tales como la pobreza y el desempleo, aún cuando no te afecta directamente?
- 19.- ¿Prefieres mantenerse activo para no perder el tiempo?
- 20.- ¿Eres una persona bien organizada a quién le gusta hacerlo todo según un horario?
- 21.- ¿Eres sensible a los sentimientos y necesidades de cualquier miembro de la familia que esté enfermo?
- 22.- ¿Actúas reflexivamente en vez de impulsivamente?
- 23.- ¿Eres altamente competitivo en los juegos, estudios o las relaciones personales?
- 24.- ¿Prefieres estar solo en lugar de estar con la gente?
- 25.- ¿Te sientes inquieto al pasear o andar en el tránsito?
- 26.- ¿Haces ejercicios regularmente para mantenerte en condición?
- 27.- ¿Tiendes a exaltarse más que la demás gente?
- 28.- ¿Te gusta recibir invitados en tu casa?
- 29.- ¿Te gusta estar encargado de los demás y dirigirlos?
- 30.- ¿Eres extremadamente pulcro y ordenado?
- 31.- ¿Tienes a veces tanta confianza en ti mismo que les molesta a tus amigos?
- 32.- ¿Recobras el control después de un accidente u otro acontecimiento perturbador?
- 33.- ¿Te mueves vivazmente y con mucha alegría'?
- 34.- ¿Preferirías aceptar una situación injusta en vez de quejarte?
- 35.- ¿Te molestan los niños activos y ruidosos?
- 36.- ¿Percibes inmediatamente cuando alguien necesita ánimo o una palabra de aliento?
- 37.- ¿Eres una persona que podría llamarse un sujeto emprendedor?
- 38.- ¿Permites frecuentemente que la tensión se acumule hasta hacerte estallar?
- 39.- ¿Necesitas aliento y aprobación para trabajar efectivamente?
- 40.- ¿Usas frecuentemente medicamentos para ayudarte a descansar?
- 41.- ¿Defiendes tus derechos?
- 42.- ¿Tienes una variedad de intereses?
- 43.- ¿Te gusta comunicarle a la gente tu opinión?
- 44.- ¿Estás relativamente libre de preocupaciones y ansiedad?
- 45.- ¿Te gusta tener mucho quehacer?
- 46.- ¿Te interesas profundamente por el bienestar de los demás?
- 47.- ¿Te preocupas mucho por la salud?
- 48.- ¿Tienes mucha confianza en ti mismo y en lo que emprendes?
- 49.- ¿Eres demasiado flexible?
- 50.- ¿Tiendes a depender de los demás cuando es necesario tomar una decisión?
- 51.- ¿Muchas personas te consideran incapaz de tener sentimientos profundos?
- 52.- ¿Te es fácil someterte a los deseos de otros?
- 53.- ¿Escuchas comprensivamente a los otros cuando necesitan hablar de si mismos?
- 54.- ¿Intentas siempre imponer a los otros tu propio punto de vista?
- 55.- ¿Te consideras un trabajador productivo e incansable?
- 56.- ¿Tienes movimientos nerviosos como morderte las uñas o mover el pie ligeramente?
- 57.- ¿Eres de las personas en la que los demás dependen en ocasiones de dificultad?

- 58.- ¿Se te hace difícil seguir un plan definido?
- 59.- ¿Insistes en la obediencia inmediata?
- 60.- ¿Crees que todos merecen una segunda oportunidad?
- 61.- ¿Te encuentras en apuros debido a algún acto impulsivo?
- 62.- ¿Sufres indigestión o pérdida de apetito cuando estás preocupado o bajo tensión?
- 63.- ¿Los demás se aprovechan fácilmente de ti?
- 64.- ¿Te limitas a tener dos o tres amigos?
- 65.- ¿Te es difícil descansar por tener la necesidad de estar constantemente ocupado?
- 66.- ¿Eres fácilmente tentado por una oferta?
- 67.- ¿Te gusta hablar en público y disfrutas el reto?
- 68.- ¿Alivias la tensión al fumar, comer o beber excesivamente?
- 69.- ¿Eres fácilmente conmovido a la misericordia?
- 70.- Duermes bien y te es fácil descansar cuando estás sentado o acostado?
- 71.- ¿Demostrarías un interés especial en ayudar a jóvenes que se encuentran frecuentemente en apuros?
- 72.- ¿Eres una persona muy nerviosa?
- 73.- ¿Percibes rápidamente los sentimientos y estados de ánimo de los demás?
- 74.- ¿Eres muy enfático y vigoroso en voz y ademanes?
- 75.- ¿Tienes frecuentemente ataques de nervios por ninguna razón en particular?
- 76.- ¿Prefieres leer o mirar la televisión después de un día de trabajo, en vez de salir o participar en actividades sociales?
- 77.- ¿Haces planes anticipadamente al acontecimiento y los llevas a cabo?
- 78.- ¿Prefieres escuchar y observar en vez de participar en las discusiones?
- 79.- ¿Disfrutas de correr riesgos?
- 80.- ¿Te pones tenso o ansioso cuando hay mucho trabajo que hacer en poco tiempo?
- 81.- ¿Piensas que nuestra nación se preocupa demasiado por las necesidades y el sufrimiento de la gente en otros países?
- 82.- ¿Disfrutas de la actividad y de la exaltación?
- 83.- ¿Preparas un presupuesto y haces todo esfuerzo por mantenerlo?
- 84.- ¿Haces todo lo posible para proteger a un animal del descuido y la crueldad?
- 85.- ¿Te es difícil decir "no" a un vendedor persuasivo?
- 86.- ¿Tienes poco interés en los problemas emocionales de los demás?
- 87.- ¿Te interesas por la gente y por hacer nuevos amigos?
- 88.- ¿Eres considerado y comprensivo cuando tratas a una persona anciana?
- 89.- ¿Te consideras una persona siempre activa?
- 90.- ¿Crees que es necesario disculparse después de ofender a alguien?
- 91.- ¿Eres capaz de expresar cariño sin avergonzarte?
- 92.- ¿Es probable que hagas comentarios descuidados e indiscretos?
- 93.- ¿Piensas que eres una persona extrovertida?
- 94.- ¿Te sientes frecuentemente rechazado y no tomado en cuenta?
- 95.- ¿Tienes un lugar para todo y todo en su lugar?
- 96.- ¿Estás libre de prejuicios raciales y religiosos?
- 97.- ¿Te sientes desilusionado por la vida?
- 98.- ¿Eres cariñoso con los miembros de tu familia?
- 99.- ¿Te sientes a veces tan emocionado que eres capaz de actuar o pensar lógicamente?
- 100.- Te es difícil expresar sentimientos tiernos en palabras?
- 101.- ¿Estás esperanzado y optimista acerca del futuro?

- 102.- ¿Tiendes a analizar e insistir en tus pensamientos y sentimientos internos?
- 103.- ¿Eres comprensivo cuando alguien llega tarde a una cita?
- 104.- ¿Tienes fobia o un miedo muy perturbador a cualquier objeto, lugar o situación?
- 105.- ¿Tiendes a ser reservado en tu comportamiento?
- 106.- ¿Se queja la gente de que seas "mandón" o irrazonable?
- 107.- ¿La gente te acusa a veces de ser ilógico?
- 108.- ¿Cuando das una sugerencia es probable que sea más útil que crítica?
- 109.- ¿Sacas conclusiones solo después de considerar todos los aspectos de una situación?
- 110.- ¿Te es difícil o penoso cualquier plática de temas sexuales?
- 111.- ¿Tiendes a enojarse fácilmente?
- 112.- ¿Expresas aprecio y placer cuando miras cosas bellas?
- 113.- ¿Tiendes a ser argumentativo?
- 114.- ¿Tienes a veces la sensación de que la gente te mira o habla contigo?
- 115.- ¿Te gusta dedicarte a un trabajo hasta que terminas?
- 116.- ¿Te sientes a veces descorazonado o abatido por falta de progreso o logro?
- 117.- ¿Tiendes a reclamarle a la gente?
- 118.- ¿Sientes que la vida realmente vale la pena vivirla?
- 119.- ¿Tiendes a sospechar de las acciones y de los motivos de los demás?
- 120.- ¿Tiendes a tomar decisiones demasiado apresuradas?
- 121.- ¿Te es difícil ser amistoso o responsivo en tu contacto con la gente?
- 122.- ¿Tienes un profundo respeto por todos los seres humanos?
- 123.- ¿Te apenas fácilmente?
- 124.- ¿Tiendes a detenerte y pensar antes de actuar?
- 125.- ¿Tiendes a ser impaciente con alguien que está frecuentemente enfermo?
- 126.- ¿Siempre trabajas por alguna meta futura?
- 127.- ¿Te preocupas a veces por sentirte poco valorado?
- 128.- ¿Demuestras fácilmente ternura a los niños?
- 129.- ¿Tiendes a ser sarcástico cuando alguien te fastidia?
- 130.- ¿Insistes en desgracias pasadas?
- 131.- ¿Tiendes a guardarte tus sentimientos?
- 132.- ¿Sientes desprecio por los hombres que parecen incapaces de ganarse el sustento?
- 133.- ¿Eres muy metódico en mantener un registro de asuntos personales?
- 134.- ¿Tiendes a ser celoso?
- 135.- ¿Te sientes a veces tan desanimado hasta el punto de llorar?
- 136.- ¿Te difícil aceptar críticas o culpas?
- 137.- ¿Estás frecuentemente deprimido por problemas personales?
- 138.- ¿Hablas con ánimo, entusiasmo y frecuentes ademanes?
- 139.- ¿Cuando estás profundamente turbado por algo, has pensado en el suicidio alguna vez?
- 140.- ¿Tiendes a ser rencoroso?
- 141.- ¿Tienes muchos amigos y conocidos?
- 142.- ¿Te preocupas frecuentemente por la falta de confianza en ti mismo?
- 143.- ¿Te es difícil expresar compasión por alguien que está afligido?
- 144.- ¿Eres lógico en tu hablar y pensar?
- 145.- ¿Te consideras indulgente y despreocupado?
- 146.- ¿Te descorazonas por la crítica?
- 147.- ¿Tiendes frecuentemente a dominar a la gente cercana a ti?

- 148.- ¿Te sientes a disgusto cuando se espera que demuestres entusiasmo por un regalo?
- 149.- ¿Perdonas rápidamente un error y no le haces caso a la descortesía?
- 150.- ¿Eres una persona imparcial y razonable?
- 151.- ¿Eres platicador?
- 152.- ¿Te sientes frecuentemente melancólico o descorazonado sin ninguna razón?
- 153.- ¿Trabajas metódica y deliberadamente?
- 154.- ¿Frecuentemente entiendes mal lo que hacen y dicen los demás?
- 155.- ¿Sufres a veces cansancio físico extremo, como resultado de conflictos emocionales?
- 156.- ¿Criticas demasiado a algún miembro de tu familia?
- 157.- ¿Te sientes cohibido con la mayoría de la gente?
- 158.- ¿Haces frecuentemente comentarios tan bruscos y mordaces que ofenden?
- 159.- ¿Sonríes y ríes mucho?
- 160.- ¿Al votar estudias las personalidades y propuestas a veces apoyando al candidato de otro partido?
- 161.- ¿Te sientes superior o mandón en tu actitud hacia los demás?
- 162.- ¿Te consideras demasiado sensible?
- 163.- ¿Te sientes con libertad de discutir problemas, y alegrías con amigos íntimos?
- 164.- ¿Tardas en quejarte cuando te incomodan o abusan de ti?
- 165.- ¿Tiendes a fantasear cosas que no pueden realizarse?
- 166.- ¿Tiendes a hacer las cosas espontáneamente?
- 167.- ¿Te es difícil resistir una situación molesta?
- 168.- ¿Te es difícil romper malas costumbres como el fumar o el comer demasiado?
- 169.- ¿Te sientes frecuentemente descorazonado debido a sentirte inferior?
- 170.- ¿Tiendes a ser tímido e introvertido?
- 171.- ¿Tienes períodos de flojera cuando se te hace difícil encontrar alguna razón para un esfuerzo físico o mental?
- 172.- ¿Crees que la mayoría de la gente es oportunista?
- 173.- ¿Evitas que tus emociones influyan en tu buen juicio?
- 174.- ¿Te es difícil ser atento con miembros de tu propia familia?
- 175.- ¿Eres singularmente cohibido y preocupado por lo que otros podrían pensar?
- 176.- ¿Te sientes frecuentemente deprimido por recuerdos de tu niñez u otras experiencias del pasado?
- 177.- ¿Tu interés cambia frecuentemente de una cosa a otra?
- 178.- ¿Te sientes cohibido e inhibido en una relación de amor?
- 179.- ¿Si fueras elegido serías justo e imparcial al ayudar a otros a resolver sus diferencias?
- 180.- ¿Tienes períodos de depresión sin alguna razón aparente que duran por varios días o más?