



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DEPORTE Y FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS,
¿CÓMO INTERVIENEN EL TEMOR AL FRACASO, DESREGULACIÓN
EMOCIONAL, PERFECCIONISMO Y AFECTO NEGATIVO?

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

DAVID GUERRERO MAYORGA

TUTOR PRINCIPAL:

DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

En primera instancia agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo y financiamiento otorgado para el desarrollo de este trabajo. También a la UNAM y la Facultad de Psicología, que ha permitido desarrollarme desde la licenciatura.

En especial me gustaría iniciar agradeciendo a mi tutora, la **Dra. Gilda**, por su valioso y necesario acompañamiento en el proceso de doctorado. No puedo dejar de pensar que desde aquel día que escribí un correo, haciéndole la petición para que fuera mi tutora, su profesionalismo, prontitud, exactitud y sobre todo un misterioso apoyo que no creí merecer inmediatamente, fuera la norma que la caracterizaría en todo mi camino por el doctorado. Semana por semana, tuve su compañía, regaños, interés, empatía, correcciones, aprendizajes e incluso me daba la oportunidad de hablar, a pesar de que mis imprudentes equivocaciones que eran evidentes. El escuchar cómo preguntaba sobre mi salud, mi esposa, mi familia, mis emociones, incluso antes que mi proyecto, refleja el sentido que tiene por el bienestar de quienes la rodean. Muchas veces he agradecido la manera tan familiar en que me asesoró, y a pesar de que su respuesta era: “es mi trabajo David”, no puedo negar que hizo que este camino tuviera una calidez inolvidable. Quiero decirle que eso es muy difícil de encontrar en estos tiempos, y sentiré eterna gratitud desde el corazón por ello, ¡Muchas gracias Doctora!

Me gustaría continuar con el **Dr. Samuel Jurado**, docente, investigador y psicoterapeuta, que ha marcado mi necesidad de crecimiento desde que lo conocí, cuando yo era aún un estudiante de licenciatura y que posteriormente me permitiera trabajar como su ayudante. A pesar de que uno de sus mayores consejos siempre fue que aprendiera de otros, y no solo de él, no puedo negar que siempre busco tenerlo como un referente, no solo en el pasado, si no en mi presente y futuro. Es muy extraño el sentir que genera en mí, que en ocasiones informales se refiera a mí como “doctor”, no por el título (que aún no consigo mientras escribo esto), sino, porque es evidente que aún estoy lejos de sus habilidades y experiencia, y sobre todo su humanidad tan congruente con lo que enseña dentro de la psicología. Quiero agradecer no solo su presencia en el doctorado, si no en mi vida de psicólogo, ¡Muchas gracias Doctor!

Al **Dr. Juan Manuel y la Dra. Rosalía**, no puedo separarlos en este agradecimiento, a pesar de que los dos son excelentes y los frutos que han logrado cada uno por separado son incontables, en mis recuerdos y gratitud los concibo juntos. Cuando me atreví a salir de la burbuja de la facultad (y también por mandato de mi tutora), supe de la existencia de ese seminario que se organiza en Iztacala, y jamás imaginé que sería uno de los espacios más seguros para mí. Ambos me dieron una bienvenida tan familiar, que no dude en quitar la

típica máscara con la que uno se presenta en un inicio, y me dejaron ser yo mismo. Perdí la cuenta de cuantas risas se generaron en ese espacio, como el principal método para aliviar la tensión propia del aprendizaje y discusión de la ciencia del comportamiento alimentario. Son tantos los consejos que nos dieron en esos 3 años de convivencia, que he tenido la oportunidad de ponerlos a prueba y corroborar que son geniales, no solo para enseñar psicología, si no para darle sentido en la práctica. Ambos fueron críticos, pero, con la espada de la amabilidad por delante, esto, hizo que mi ego a veces descuidado, encontrara un equilibrio y no se dejara derrumbar en la desmotivación. Por ello y más, ¡Muchas gracias doctores!

A la **Dra. Rebeca**, que me tocó conocer un día que no tenía previsto, en el mismo laboratorio donde ella se desarrolló. El primer gran recuerdo que me dejó es que cuando me preguntó sobre mi proyecto, automáticamente sentí una comprensión genuina del porqué lo estaba proponiendo, y no me refiero al sentido teórico y metodológico, sino, el énfasis de preocupación por la salud mental y alimentaria de una población poco estudiada en México: los deportistas. Más tarde comprendí la incansable labor que ella ha llevado en el estudio de esta y muchas más temáticas, siendo ahora una líder en un escenario fuera de la centralización de la psicología típica de la Ciudad de México e incluso de la UNAM. Lamento enormemente que la terrible pandemia de COVID 19 no me permitiera tener un mayor contacto con ella, sin embargo, su asesoría y puntual apoyo, se caracterizó por ser cortés, amable y de mucha calidad. Me dio tanta información, sin embargo, fue ella quien me enseñó el único modelo de trastornos alimentarios en deportistas, un eslabón que me hacía falta en mi proyecto y que me acongojaba día a día, quizá ella no lo sabe, pero, me dio tantísima tranquilidad. Saber que es una mujer tan ocupada, y que, a pesar de ello, me dedicaba tiempo y energía, no me hace más que agradecerle para siempre, ¡Muchas gracias doctora!

A pesar de no ser de mi comité, quiero agradecer a la **Dra. Silvia**, o como ella siempre me permitió decirle, **Chivis**. La más leal de los hijos académicos de la doctora Gilda. Gracias por tu paciencia a mi constante búsqueda de firmas o asesorías en mi rol de doctorante y también por salvarme muchas veces por mis evidentes descuidos o distracciones. Probablemente ya te lo han dicho, pero, siempre tienes una sonrisa como principal carta de presentación, y eso se agradece tanto. También agradezco a los docentes y doctores que formaron parte de mi preparación en cada clase, curso o taller. A los integrantes del laboratorio de la Dra. Gilda, al grupo de investigación de nutrición de Iztacala, a mis compañeros y amigos con quien tuve la dicha de aprender durante el paso del doctorado. A mi familia de Acámbaro y de Santiago.

A mis hermanos mayores, **Felipe, Israel y Rodrigo**, pilares esenciales de mi vida. Su inteligencia estimuló a la mía, me enseñaron tanto humor que diario me refugio en ello para

no dejar que la vida se tenga que tomar tan en serio. Sé que confían en mí y yo confío en ellos. Sé que en muchas ocasiones me hacen falta, pero, también sé que tienen la capacidad de ser hábiles y felices ante la vida, y puedo estar en paz con ello. Cada uno de ellos apoyó mi decisión de ser psicólogo, y jamás juzgaron mis decisiones y por ello me siento muy feliz. Con su ejemplo, me cuidaron, cobijaron y demostraron que podemos hacer honor a nuestros apellidos. Jamás se han sentido superiores a mi y me dejan hablar y ser escuchado. Me alegra saber que progresan y que cada uno brilla en lo que se dedican. Los amo mucho hermanos.

Demian, mi pequeñín especial. Es una dicha muy grande ser tu tío. No sabes cómo le das sentido a todo lo que me he preparado. Sé que no quiero tenerte en una bola de cristal, y eres un niño que enfrenta tantas cosas, pero, por otro lado, siempre quiero estar para ayudarte y protegerte. Tu nobleza y felicidad ante la vida son tan bonitas, que cada vez que estoy contigo siento una motivación muy grande por mejorar como persona y darte el mejor de los ejemplos. Vas creciendo muy rápido, y a pesar de mi nostalgia de recordar cuando eras un bebé, siento orgullo de saber que eres un chico de bien y muy querido por todos, ¡Te amo mucho mi Gasparín!

A la familia **Martínez Meléndez**, por abrirme un espacio más en su núcleo. Por dejarme ser como soy, a pesar de que tengo defectos muy contrarios a los de sus ideales de ser humano. Además, me han dejado aprender de ustedes y la disciplina que se requiere en muchos escenarios. A usted **Don Raúl** por su humor y fortaleza que siempre lo caracteriza, por que me ha enseñado que se puede ser diferente cuando uno ama mucho. A usted **Doña Horte**, por tener palabras de aliento y un cariño generalizado, por ponerse muchas veces de mi lado y confiar en mi cuando se trata de soluciones y consejos a quienes usted ama. A **Héctor**, por ser punta de lanza en el sentido profesional y enseñarnos que la excelencia y disciplina traspasan los por menores de la vida. Agradezco mucho el respeto que has tenido por mi, y que es mutuo. A **Dennis** por tener esa garra tan especial, coraje ante la vida, humor y un sentido de disciplina y valor por los momentos de familia, y también a **Adri** por ser un buen ejemplo de pasión por la academia, demostrándolo con excelencia y consistencia. A **Emi**, que me has permitido ser parte de tu aprendizaje como ser humano. Tu nobleza y sentido de humildad hace que me sienta identificado contigo. **Leito**, que a pesar de la distancia no dudas en mostrar tu cariño, y además, la manera en la que compartimos chiste y risas, hace que sean momentos muy especiales. Y al otro **Héctor**, el más pequeño, el champiñón. Tienes la edad de lo que duró mi doctorado, eres la infancia más próxima e inocente, y que me permite seguir experimentando la diversión y sentido de protección, demuestras ser un pequeño muy feliz y contagias a todos con esa alegría. Gracias a todos ustedes por su presencia, tiene mi cariño garantizado para toda la vida.

Un especial agradecimiento a las personas que formaron parte de mi investigación.

A mi papá:

Nunca será suficiente decirte que me haces mucha falta, pero, he aprendido a tenerte presente en cada día, en cada acto, en cada alegría, cada tristeza y en toda mi rutina. Termino de dar el último de los pasos que llegamos a platicar tu y yo. En ese entonces lo veía inalcanzable, pero, ahora lo hemos logrado. En algunos momentos llego a pensar que no hubiera sido posible leer una gran cantidad de literatura en inglés, aprender de grandes expositores de la psicología, anhelar escribir y publicar artículos de investigación, enseñar de psicología y dar psicoterapia, si tu no hubieras decidido salir de ese ranchito que tanto amaste. Si no hubieras vencido tus temores y no hubieras seguido tu sentido de éxito y avance, lo mío seguiría siendo un sueño. Lo que tengo y hago es gracias a ti, porque nunca te diste por vencido, y demostraste darle sentido de honorabilidad y congruencia al apellido que me diste. Me gusta mucho pensar que me ves y escuchas a pesar de no estar aquí, y que incluso me das mensajes desde donde estás. Procuro hacerte sentir bien hasta allá, demostrando que diario busco ser un hombre cabal, tal cual tú lo fuiste.

Gracias por todo lo que significas para mí, te amo mucho.

A mi mamita linda:

Mi mamita hermosa, eres uno de los mayores tesoros que tenga en la vida. Siempre lo dije y lo diré, es un orgullo saber que comparto la misma carrera que tu elegiste. Me da tanta serenidad pensar que me has dado una las cosas mas valiosas que más sentido le da a mi vida personal y profesional: la bondad hacia los otros seres humanos. A pesar de que me enseñaste a valerme por mí mismo, siempre es bonito saber que puedo llegar contigo y disfrutar del amor que tanto me das. Tener la dicha de escucharte diario, y saber que eres una mujer que afronta todo, incluso sin querer darnos molestias, me inspira a ser como tú. Diario me esfuerzo para que te sientas orgullosa de mí, no desde la perfección ni la ambición, si no desde los valores y principios que tanto me inculcaste. Gracias por confiar en mi y tenerme en tus oraciones y pensamientos, gracias por que a pesar de que estamos lejos, siempre buscas la manera de que me sienta tranquilo si se trata de decisiones y convivencias. Desde aquí te aviso que seguiré mejorando y representando lo que tú eres.

¡Te amo mucho mamita hermosa!

Mi amada Claudia:

Contigo quiero terminar este espacio de gratitud, ya que este camino académico no tiene sentido sin ti. Mi compañera del día a día. Eres la parte fundamental de mis mañanas, tardes y noches. Las repetidas ocasiones en que me ayudaste y soportaste siempre estarán en mi mente. Sé que para ti no fue un camino fácil, ya que te tocó lidiar con los peores estragos que trae el seguir un camino académico. Pero, el que no haya sido fácil no significa que no me lo hayas hecho bello, siempre encontrabas la manera de quitarme la ansiedad repentina, o me expresabas lo orgullosa que estabas de mí, aunque yo no creía merecerlo. Si de alguien pesa mucho la opinión que se tiene de mí, esa eres tú. No puedo concebir mi vida sin tu tono risueño, te ríes de mis chistes malos, me ayudas a distraerme del estrés, me abrazas y olvido todo lo que a veces uno se toma tan en serio innecesariamente. Has alejado la soledad de mi vida, con tus alegrías, distracciones, tu amor tan intenso y tu inocencia tan imprescindible en un adulto. El mundo de la niñez que has elegido hace que seas maravillosa, tu eres la responsable de que mi infante interior no desaparezca en ningún día, y me garantizas diversión y sobre todo reír eternamente a tu lado. Sabes que estas palabras no son nuevas, son un reflejo de lo que trato de decirte diario, quizá, mientras manejo y te veo feliz, o cuando duermes y busco darte un beso sin despertarte, o cuando me dejas cantarte una canción, o cuando te veo sin que te des cuenta y me siento sorprendido de lo tanto que te amo. Gracias por todo lo que has hecho para mí. Considera que este trabajo que presento también es tuyo. Soy tu eterno David.

¡Te amo tanto mi pacharrita amada!

Índice

Resumen -----	1
Introducción -----	5
Capítulo 1. Estudio del comportamiento alimentario -----	8
1.1 Descripción de los trastornos alimentarios (TA)-----	8
1.2 TA en los sistemas nosológicos-----	10
1.3 Factores de riesgo asociados a los TA -----	11
1.4 Categorías aún no identificadas en sistemas nosológicos-----	13
1.5 Panorama del estudio de TA en el deporte y prevalencia-----	15
Capítulo 2. Influencia del afecto negativo en el comportamiento alimentario -----	18
2.1 Características del afecto negativo-----	18
2.2 Descripción teórica del afecto positivo y negativo -----	19
2.3 Afecto negativo y relación con el comportamiento alimentario patológico-----	20
2.4 Comportamiento alimentario y afecto negativo en el deporte-----	24
Capítulo 3. Influencia de la desregulación emocional en el comportamiento alimentario -----	26
3.1 Definición de la regulación y desregulación emocional-----	27
3.2 Explicaciones teóricas de la desregulación emocional -----	28
3.3 Desregulación emocional y relación con comportamiento alimentario patológico-----	31
3.4 Desregulación emocional en el deporte-----	33
Capítulo 4. Influencia del perfeccionismo y el temor al fracaso en el comportamiento alimentario -----	35
4.1 Estudio teórico del perfeccionismo-----	36
4.2 Temor al fracaso-----	40
4.3 Temor al fracaso y perfeccionismo -----	43
4.4 Perfeccionismo, temor al fracaso y trastornos alimentarios -----	45
Capítulo 5. Comportamiento alimentario en el ámbito deportivo -----	48
5.1 Comportamiento alimentario en deportes de conjunto (pelota) -----	48
5.2 Comportamiento alimentario en deportes de estética-----	52
5.3 Comportamiento alimentario en deportes de resistencia-----	56
5.4 Comportamiento alimentario en deportes de contacto -----	58
5.5 Comportamiento alimentario en deportes de fuerza -----	61
5.6 Modelo teórico de trastornos alimentarios en el deporte -----	63
Capítulo 6. Estudio 1: Propiedades psicométricas del Inventario de Evaluación al Fracaso (IEF) -----	67

6.1 Objetivo general	67
6.2 Método	67
6.2.1 Tipo de estudio y diseño	67
6.2.2 Participantes	67
6.2.3 Criterios de inclusión/exclusión/eliminación	69
6.2.4 Instrumento	70
6.2.5 Procedimiento	72
6.2.6 Análisis estadísticos	73
6.3. Resultados	74
6.3.1 Variables Sociodemográficas	74
6.3.2 Validez de Contenido	75
6.3.3 Análisis Factorial Exploratorio	76
6.3.4 Análisis Factorial Confirmatorio	78
6.3.5 Análisis Factorial de Invarianza	79
6.4 Discusión	81
Capítulo 7. Estudio 2: Modelamiento estructural	86
7.1 Objetivo General	86
7.2 Objetivos secundarios	86
7.3 Método	87
7.3.1 Tipo de estudio y diseño de investigación	87
7.3.2 <i>Descripción de las modalidades de la variable independiente</i>	87
7.3.3 Definición conceptual de las variables intervinientes	89
7.3.4 Definición operacional de las variables intervinientes	91
7.3.5 Definición conceptual de la variable dependiente	91
7.3.6 Definición operacional de la variable dependiente	92
7.3.7 Hipótesis de trabajo	93
7.3.8 Participantes	93
7.3.9 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	95
7.3.10 Instrumentos	96
7.3.11 Procedimiento	98
7.3.12 Análisis estadístico	99
7.4 Resultados	100
7.4.1 Estadística descriptiva	100
7.4.2 Comparación de medias	101
7.4.3 Regresión Múltiple	108
7.4.4 Análisis de variables de moderación y mediación	111
7.4.5 Ecuaciones estructurales	116
7.5 Discusión	120
7.6 Conclusiones	128

7.7 Alcances y limitaciones	129
Referencias	130
Anexo 1	164
Anexo 2	169
Anexo 3	170
Anexo 4	171
Anexo 5	172
Anexo 6	188
Anexo 7	189

Resumen

Antecedentes. Los factores de riesgo en trastornos de los Trastornos Alimentarios (TA) en población deportista representan una de las condiciones de mayor susceptibilidad en la gestación de problemas de salud mental. Entre ellos han sido identificados, comer restrictivo/compulsivo, comer por emociones, preocupación por el peso corporal y distorsión de la imagen, entre otros. Se estima un 13.5% de prevalencia de TA en atletas en comparación con el 3% en población general. Entre las variables psicológicas asociadas con la relación deporte y TA se han identificado: afecto negativo, temor al fracaso, desregulación emocional y perfeccionismo. **Objetivo.** El objetivo de este estudio fue establecer el papel que juegan las variables señaladas en los factores de riesgo de TA en deportistas **Método.** El proceso de investigación se desarrolló en dos fases con muestreo online no probabilístico. En la primera, se obtuvo la calidad psicométrica del Failure Appraisal Inventory (FAI) en población mexicana (N= 283). En la segunda fase del estudio se evaluaron las variables propuestas y los factores de riesgo de TA en deportistas y no deportistas. **Resultados.** El FAI mostró buena calidad psicométrica, tanto en validez de contenido (Aiken>72, W de Kendall =.245, p=.001), validez de constructo ($\chi^2/gl= 2.41$, RMSEA= 0.62, GFI= .89, AGFI= .85, CFI= .95, NNFI= .92, SRMR= .062) y consistencia interna (alfa= .94, Omega= .93). Comparado con el inventario original, se obtuvo un factor menos. En la segunda fase se observaron diferencias significativas con respecto al sexo y a la práctica deportiva en algunos factores de riesgo de TA. Se desarrollaron modelos con regresión múltiple, análisis de moderación y mediación, y con modelos de ecuaciones estructurales. **Discusión.** Se discute la relación entre factores y variables evaluadas, los aportes del estudio y se concluye con los principales resultados. También se reportan fortalezas, limitaciones y sugerencias que emanan de éstas.

Palabras claves. Factores de Riesgo, Trastornos Alimentarios, deportistas no deportistas, temor al fracaso, regulación emocional, afecto negativo, perfeccionismo.

Summary

Background. Risk factors for Eating Disorders (ED) in the athletic population represent one of the conditions of greater susceptibility in the gestation of mental health problems. Among them have been identified: restrictive/compulsive eating, emotional eating, preoccupation with body weight, image distortion, among others. There is an estimated 13.5% prevalence of ED in athletes compared to 3% in the general population. Among the psychological variables associated with the relationship between sport and ED, the following have been identified: negative affect, fear of failure, emotional dysregulation and perfectionism. **Objective.** The aim of this study was to establish the role played by the variables indicated in the risk factors for ED in athletes **Method.** The research process was developed in two phases with non-probabilistic online sampling in both. In the first phase, the psychometric quality of the Failure Appraisal Inventory (FAI) was obtained in the Mexican population (N= 283). In the second phase of the study, the proposed variables and risk factors for ED in athletes and non-athletes were evaluated. **Results.** The FAI showed good psychometric quality, both in content validity (Aiken $>$ 72, Kendall's $W=.245$, $p=.001$), construct validity ($\chi^2/df= 2.41$, RMSEA= 0.62, GFI= .89, AGFI= .85, CFI= .95, NNFI= .92, SRMR= .062) and internal consistency ($\alpha= .94$, $\Omega= .93$). Compared to the original inventory, one less factor was obtained. In the second phase, significant differences were observed with respect to sex and sports practice in some ED risk factors. Models were developed with multiple regression, moderation and mediation analysis, and structural equation modeling. **Discussion.** The relationship between factors and variables evaluated, the contributions of the study and the main results are discussed. Strengths, limitations and suggestions arising from these are also reported.

Key words. Risk factors, eating disorders, non-athletes, fear of failure, emotional regulation, negative affect, perfectionism.

Introducción.

La investigación desarrollada en torno a los Trastornos Alimentarios (TA) en el campo del deporte va en constante crecimiento, sin embargo, aún es un área de oportunidad para promover estudios que den cuenta de las variables que facilitan la evaluación oportuna y el tratamiento de este tipo de problemas. Los atletas en México cuentan con instituciones como la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE) u organismos estatales que permiten y potencian el desarrollo de sus habilidades para la competitividad internacional, sin embargo, aún es deficiente o casi nula la literatura que evidencie los riesgos psicológicos que implican este estilo de vida en población mexicana.

Son pocas las investigaciones que han evaluado los factores de riesgo en TA con deportistas de población mexicana. Uno de los estudios pioneros fue el de Hernández (2006), en el que se compararon adolescentes deportistas vs adolescentes no deportistas, reportando una relación significativa entre ansiedad, ansiedad competitiva, dependencia al ejercicio y factores de riesgo asociados con TA en aquellas personas que practicaban un deporte. Por otro lado, Salinas y Gómez-Peresmitré (2009) evaluaron en un grupo de deportistas de alto rendimiento la relación, deporte, rasgos de personalidad y factores de riesgo asociados con TA. En sus hallazgos reportan que la insatisfacción corporal conduce al desarrollo de dieta restringida, además, funge como mediador del comportamiento bulímico. Así mismo se encontró una fuerte relación entre insatisfacción corporal y conducta alimentaria compulsiva. Por otro lado, el estudio en cuestión se limita al género femenino.

En un estudio más reciente (Verdugo et al., 2020) se comparó la imagen corporal (insatisfacción y alteración) y el riesgo de trastornos alimentarios en una muestra de adolescentes

gimnastas en comparación con un grupo control de adolescentes no gimnastas con un IMC similar. Encontraron que los gimnastas varones presentaron un mayor grado de insatisfacción corporal, deseando una silueta más gruesa o musculosa, por otro lado, las mujeres gimnastas mostraron una tendencia a ser más delgadas respecto al grupo control (mujeres no deportistas). Los gimnastas reportaron un mayor riesgo de anorexia en comparación con el grupo control.

Los TA tienen un largo historial de estudio en el campo de los trastornos mentales, evidencia de ello es que ha contado con su propia categoría desde la publicación del DSM III (1980) y versiones posteriores (DSM-III-TR, 1987; DSM IV, 1994; DSM IV-TR, 2002 y DSM 5).

En los siguientes apartados, se hará una revisión general del estado actual de la literatura con base al estudio de TA y sus factores de riesgo, además de explorar las variables psicológicas implicadas en esta relación. En el capítulo 1 se encuentra desarrollado un panorama general relacionado con el estudio de los TA, en los siguientes capítulos se hace una revisión de la literatura del afecto negativo (capítulo 2), desregulación emocional (capítulo 3), y perfeccionismo - temor al fracaso (capítulo 4) con relación a los TA. En el capítulo 5 se puede observar un panorama general del estudio de los TA en población deportista y sus principales hallazgos en los diferentes grupos de deporte, además del estado actual de una propuesta teórica. En el capítulo 6 se desarrolla la primera fase de este estudio que incluye la adaptación de un inventario de temor al fracaso en población mexicana. Y, por último, en el capítulo 7 se desarrolla la segunda fase de este estudio que permite responder las hipótesis planteadas previamente.

El presente trabajo tiene como finalidad examinar el papel de las variables psicológicas: afecto, temor al fracaso, regulación emocional y perfeccionismo, con relación a la práctica deportiva y los factores de riesgo de trastornos alimentarios (TA). El objetivo final es desarrollar y presentar un modelo estructural predictivo óptimo que pueda explicar completamente los

resultados obtenidos y responder satisfactoriamente a las preguntas planteadas en la investigación.

Para tal fin, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de las variables involucradas.

Capítulo 1. Estudio del Comportamiento Alimentario.

El presente capítulo tiene como objetivo desarrollar una comprensión del comportamiento alimentario, específicamente relación con los TA. En este primer apartado, se abordará la descripción de éstos, incluyendo sus características clínicas y manifestaciones sintomáticas más destacadas. Además, se examinarán los sistemas nosológicos actuales utilizados para clasificar los TA y se explorará la inclusión de las nuevas categorías en estos sistemas. Otro enfoque importante para considerar en este capítulo son los factores de riesgo asociados a esta problemática, los cuales pueden ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural. También se discutirán categorías aún no identificadas en los sistemas nosológicos actuales, y que, por lo tanto, merecen mayor atención por parte de los investigadores. Finalmente, se proporcionará un panorama del estudio de los TA en el deporte, incluyendo la prevalencia de estos trastornos en atletas y la necesidad de examinar variables psicológicas específicas que puedan estar influyendo en el comportamiento alimentario de los deportistas.

1.1 Descripción De Los Trastornos Alimentarios (TA).

El estudio de los TA tiene un largo historial en cuanto a su identificación en el ámbito de la salud, encontrando registros de su descripción desde el siglo XIX, tomando mayor relevancia posterior a la segunda guerra mundial. Los TA se caracterizan por un patrón de comportamientos alterados asociados a la alimentación, por un lado, existe el modelo de déficit de comportamiento caracterizado por la restricción alimentaria, por el otro, se encuentra el modelo de exceso conductual, observando comportamientos característicos de sobre ingesta y utilización de

comportamientos compensatorios. Además, estos modelos coexisten sobre la idea de ejercer control sobre los efectos en la imagen corporal de lo que se come (Tordera, 2014).

La gama de los TA se estima con una prevalencia de 2-4% en población general (El Ghoch et al., 2013), teniendo un incremento notable en la última década (Galmiche et al., 2019) siendo de mayor presencia en población adolescente y juvenil (Martínez et al., 2014). Como problema de salud pública es altamente relevante ya que están fuertemente asociados a la desnutrición y la obesidad, además de que existe una alta comorbilidad con ansiedad y depresión (Drieberg et al., 2019). Tordera (2014) hace una descripción de las principales características de las personas que presentan TA:

-Aspectos físicos y somáticos: Dentro de la exploración física y médica es notorio que se puede observar síntomas de lanugo, deshidratación, hinchazón, coloración amarilla de la piel, coloración azul en extremidades. Pelo quebradizo y deshidratado y pérdida de cabello. En otros casos se pueden observar: bradicardia, edema, cianosis, estreñimiento, amenorrea, alteraciones dentales, y callos en los dedos (sobre todo en bulimia).

- Aspectos comportamentales: se pueden presentar importantes alteraciones que conducen a la malnutrición, restricción alimentaria, rituales relacionados a la comida, en el caso del atracón una irresistible urgencia de ingerir comida, sobre todo cuando es “prohibida”. Alimentación más rápida de lo normal o picar alimentos nutritivos y no nutritivos. Utilización de la purga, uso de laxantes, dietas restrictivas, ayuno, y ejercicio intenso.

- Aspectos cognitivos: creencias de no comer para perder peso, estilo obsesivo por preservar el ideal de figura, ideas sobrevaloradas y creencias centrales en el sistema de valores del individuo, que definen su propio valor como persona con respecto a su imagen corporal.

Hay creencias reforzadas de que la delgadez es sinónimo de éxito y poder social, por tanto, la pérdida de peso y el control de la ingesta son percibidos como un logro importante y como sinónimo de disciplina y control. Se reporta confusión con la interpretación de las señales corporales, también hay una necesidad de hacer las cosas perfectas además de pensamientos intrusivos que se muestran como imágenes visuales/olfativas de alimentos como predecesoras de comer en exceso.

1.2 TA en los Sistemas Nosológicos.

A partir de la publicación del DSM 3 (1980) y sus siguientes versiones: DSM-III-TR (APA, 1987), DSM IV (APA, 1994), DSM IV-TR (APA, 2000) y DSM 5 (APA, 2013), se formaliza la aparición de los TA como cuadros clínicos.

Los trastornos derivados de la última versión del APA (DSM 5) son:

- Pica.
- Trastorno de rumiación.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno por atracón.
- Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.

En las últimas dos versiones de estos manuales se han mostrado cambios significativos para la concepción y entendimiento de estas patologías (Vázquez et al., 2015). Los cambios principales pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Elimina la concepción de trastornos de la infancia y de la adolescencia.
- Existe un cambio referente a lo que se denominó trastornos de la conducta alimentaria no especificados, por trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados.
- Se incluye al trastorno por atracón como una entidad nosológica por si sola.
- En la bulimia, se quita la especificación de subtipos y se agrega la bulimia no purgativa. Se resignifica el cuadro de la anorexia, sufriendo cambios considerables, entre ellos: la retirada de la amenorrea como criterio y mayor énfasis en la pérdida de peso (p. 24)

1.3 Factores de Riesgo Asociados a los TA

Existen propuestas que abordan los principales factores de riesgo asociados al desarrollo y mantenimiento de un TA. Gómez-Peresmitré et al. (2001) describen la existencia de 4 grupos: **1.- Asociados con la imagen corporal:** hace referencia a la satisfacción/ insatisfacción, alteración (sobrestimación/subestimación), que hay con respecto a cómo percibe su cuerpo y como es expuesto ante los demás. Presencia de preocupación por el peso y la comida, una actitud negativa hacia la obesidad/ delgadez y presencia cognitiva de la figura real, ideal e imaginaria. **2.- Asociados con el comportamiento alimentario:** presencia de dietas restrictivas, atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, consumo de productos” light”, evitación de alimentos con alto contenido calórico y comer por compensación psicológica.

3.- Relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal (tamaño y forma), talla, madurez precoz y tardía, y amenorrea. **4.- Prácticas compensatorias:** utilización de ejercicio excesivo, uso de inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, esteroides, consumo excesivo de agua y fibra (estos últimos pueden formar parte de los asociados al comportamiento alimentario).

Altamirano et al. (2011) describe la existencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), que incluyen comportamientos perjudiciales del individuo, y que tienen como base las preocupaciones desproporcionadas por el peso y la comida. Cada una de las acciones están dirigidas a controlar o reducir el peso corporal dando como resultado comportamientos como: atracones, dietas excesivas o restrictivas (sin supervisión profesional), uso de laxantes, diuréticos, purga autoinducida y ayuno constante. Además, se identifica el ejercicio excesivo como una conducta compensatoria que puede llegar a ser perjudicial, debido a que se practica a pesar de tener riesgos de salud o lesiones importantes (Ghoch et al., 2013).

Es menester mencionar que la insatisfacción corporal ha sido identificada como una de las principales variables asociadas al riesgo de TA, y es definida como la manera en la que la persona representa, percibe, siente y actúa respecto a sí mismo y su cuerpo (Trejo et al., 2010). También han sido descritas variables psicológicas asociadas a los TA. Por ejemplo, en un estudio (Berengüí et al., 2016) se identificó que existe un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TA en aquellas personas con insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits interoceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez.

1.4 Categorías Aún no Identificadas en Sistemas Nosológicos.

Existen condiciones y descripciones clínicas que aún no sido aceptadas para pertenecer a sistemas nosológicos ya establecidos, o no forman parte de la categoría de los TA, sin embargo, han tomado una mayor relevancia en la última década siendo consideradas como posibles trastornos alimentarios no especificados. Bazterrica et al. (2012) hace una descripción de las propuestas más recientes:

- *Ortorexia*: Es descrita como la “apetencia por lo correcto”, caracterizada como la obsesión por la comida sana. Hay una preocupación patológica por la ingesta de alimentos orgánicos, vegetales, ecológicos y ausencia de productos artificiales y conservantes. En algunos casos se observa la supresión de la carne y grasa. También se describen comportamientos ritualistas donde los alimentos deben de ser preparados con ciertos procedimientos, como, por ejemplo: utilización de utensilios de determinados materiales, obsesión por contar los bocados al alimentarse, entre otros. Estas características favorecen la desadaptabilidad social y la restricción alimentaria. La obsesión va encaminada hacia la calidad del alimento y no la cantidad de éste y no está asociada a problemas de la imagen corporal (Ruiz & Quiles, 2021). Existe una posible asociación con el trastorno evitativo/restrictivo de la alimentación (Zickgraf et al., 2019).
- *Ebriorexia*: Tendencia de algunas personas por el gusto y consumo del alcohol, sin embargo, tienden a restringirse alimentariamente, ya que buscan contrarrestar el consumo de calorías propias de las bebidas alcohólicas, limitándose en los consumos de los

alimentos. Es decir, existe una obsesión por estar delgados, pero, también ser aceptados socialmente (Thompson-Memmer et al., 2019).

- *Diabulimia*: Personas con diagnóstico de diabetes tipo I que requieren un tratamiento crónico con insulina. Esta condición se caracteriza por la reducción consciente de la insulina con el fin de bajar de peso de forma intencionada. El organismo, al no tener suficiente insulina no aprovecha la glucosa, la desecha, favoreciendo la pérdida de peso (Coleman & Caswell, 2020). Esta condición está sujeta aún a discusión en la literatura de la investigación.
- *Vigorexia*: Es un deseo (mayor entre los hombres) de ganar masa magra, no grasa y viene acompañada por una distorsión de la imagen corporal, percibiéndose como pequeños y débiles. Está acompañado de una obsesión por el ejercicio, visita a gimnasios, restricción alimentaria, utilización de suplementos proteicos y hormonas anabolizantes. Suele ser llamado también trastorno dismórfico corporal muscular y forma parte de los problemas asociados con los trastornos obsesivo-compulsivos (Terán-Espinoza & Alcivar-Paredes, 2020).
- *Megarexia*: Son personas obesas que distorsionan su imagen y no se perciben tal cuál son. Al igual que a la vigorexia suele llamarse anorexia a la inversa. Es por ello que favorecen comportamientos hipercalóricos y la ocurrencia de atracones, ya que se perciben sanos. Consideran el exceso de peso como sinónimo de fuerza y vitalidad (Guirao, 2014). Esta propuesta muestra aún poco sustento en la literatura, considerandos ser una propuesta poco seria, sin embargo, es menester reconocerla y considerarla como un posible fenómeno psicológico que puede estar presente en persona con obesidad.

1.5 Panorama del Estudio de TA en el Deporte y Prevalencia.

Alonso (2006) refiere que existe una relación directa de la ocurrencia de los trastornos TA en los deportistas proponiendo 3 tipos de relación:

1.- Relación de atracción: Hace referencia a los estereotipos existentes en el deporte como un método eficaz para reducir peso, y que además es socialmente aceptado, es decir, una manera que encuentran aquellas personas con factores de riesgo de TA para “enmascarar” los síntomas por medio de la actividad deportiva.

2.-Relación de causa: Asociado con dos modelos:

- a) Anorexia por actividad: el ejercicio o actividad física excesiva lleva a una a sensación de supresión del apetito, con esto se disminuye el valor reforzante del alimento, por tanto, disminuye la ingesta y en consecuencia conduce a una disminución del peso, lo que incrementa la probabilidad de percibir el ejercicio como extremadamente positivo y así mejorar la motivación para realizarlo.
- b) Modalidad deportiva: presión por mejorar estéticamente o poder alcanzar un peso como meta para poder competir.

3.-Relación de precipitación: La práctica deportiva constituye el origen de TA en individuos predispuestos por factores individuales, familiares, socioculturales, ambientales, biológicos, etc. que detonarán y desarrollarán un TA.

A pesar de que aún no son concluyentes los estudios que avalen que los deportistas presentan mayores factores de riesgo o sintomatología relacionada a TA (Chapman & Woodman, 2016) existe un gran interés en diversos países por conocer las características asociada con la alimentación en sus deportistas. En la tabla 1 se pueden ver estudios que dan cuenta de ello.

En la mayoría de los estudios citados, se observa que hay una mayor predisposición de presentar un TA en población femenil, en comparación con los hombres. Además, los deportes que más reportan síntomas de TA pertenecen a arte competitivo y deportes de contacto, sin embargo, son aún pocos los estudios en deportes de pelota y resistencia, por tanto, aún no pueden ser concluyentes los resultados.

Tabla 1.

Estudios de Prevalencia y Ocurrencia de TA en Deportistas.

<u>Autor/es</u>	<u>Año</u>	<u>Muestra</u>	<u>Conclusiones</u>
Sundgot-Borgen	1994	603 atletas noruegos	15.25% de ellos presentaron rasgos de bulimia o anorexia. Son más comunes en aquellos atletas que pertenecen a deportes que enfatizan la delgadez o un peso competitivo (arte competitivo)
Hulley & Hill	2001	181 corredores de distancia en Reino Unido	16% de ellos presentaron síntomas de algún TA, además mostraron relación significativa con baja autoestima.
Byrne & McLean	2002	263 atletas australianos	Aquellos deportistas pertenecientes al grupo de arte competitivo y de contacto son más propensos a desarrollar algún tipo de TA en comparación del resto de deportes y de la población no deportista.
Jonnalagadda et al.	2004	59 patinadores estadounidenses	Un 30% de ellos reportó preocupación por su imagen corporal, recurriendo a la utilización dietas para el control de peso
Filaire et al.	2007	12 judocas y 15 Ciclistas Franceses	60% de los atletas utilizaron cuando menos en una ocasión métodos (comportamientos compensatorios) para la pérdida de peso, entre las que se encuentran: vómitos autoinducidos, uso de laxantes y píldoras para adelgazar.
Werner et al.	2013	Revisión sistemática de 15 Estudios	Las atletas femeninas tienen una predisposición a la búsqueda de la disminución de peso, y los atletas varones tienen una tendencia a la búsqueda de ganancia de éste, sin embargo, éstos últimos incrementan el riesgo al pertenecer a deportes de combate, mientras que, en las mujeres, al tratarse de deportes que requieran de una estética corporal (por ejemplo, gimnasia o nado sincronizado), por tanto, tienden a la búsqueda de la pérdida de peso y/o la restricción alimentaria.
Ghoch et al.	2013	Revisión sistemática de 29 Estudios	Que los síntomas asociados a TA tienen un efecto negativo en la aptitud física y el rendimiento deportivo al causar una baja disponibilidad de energía, una pérdida excesiva de grasa y masa magra, deshidratación y trastornos electrolíticos.
Kong & Harris	2015	320 atletas australianos	Aquellos que se desempeñan en deportes donde se promueve la delgadez informan niveles más altos de insatisfacción corporal y una mayor sintomatología alimentaria patológica, más del 60% de ellos reportan presión de los entrenadores sobre la forma de su cuerpo
Kampouri et al.	2019	175 atletas mujeres de deportes de equipo	Reportan que un 6.2% presentó sintomatología significativa de TA. Observaron que las jugadoras de waterpolo mostraron una mayor preocupación por la alimentación. Al comparar con población no deportistas no hubo diferencias significativas
Abbott, et al.	2020	227 jugadores de Soccer Ingleses. Hombre y mujeres.	En sus hallazgos encuentran que un 14% de los atletas mostraron síntomas clínicamente significativos de TA, sin embargo, llama la atención que es más alto en hombres que en mujeres (en hombres se reportó un 15% y en mujeres un 11%). Además, se reportó que los hombres deportistas presentaron puntajes más altos en comparación de los no deportistas, sin embargo, en mujeres fue lo contrario, siendo más alto el puntaje en población no deportista
Åkesdotter et al.	2020	333 atletas suecos. hombres y mujeres. Deportes de resistencia, equipo, arte competitivo.	Reportan que los TA son de los trastornos más frecuentes, obteniendo un 8% de prevalencia en esta muestra.

Capítulo 2. Influencia del Afecto Negativo en el Comportamiento Alimentario.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la influencia del afecto negativo en el comportamiento alimentario, prestando especial atención a su relación con los trastornos alimentarios en deportistas. En este sentido, se describirán las características del afecto negativo, así como el marco teórico conceptual que lo relaciona con el comportamiento alimentario. Adicionalmente, se explorará el vínculo existente entre el afecto negativo y el comportamiento alimentario patológico, identificando los mecanismos psicológicos implicados en dicha relación. También se examinarán los efectos que el afecto negativo puede tener en la alimentación de los deportistas, considerando que estos atletas suelen estar expuestos a situaciones estresantes y demandas emocionales elevadas que pueden afectar su conducta alimentaria, se abordará la influencia del afecto negativo en el comportamiento alimentario de los deportistas, evaluando si este se relaciona con mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en esta población.

2.1 Características del Afecto Negativo.

El estudio del afecto negativo ha estado asociado a diversos problemas de salud mental, es descrito como la tendencia temperamental de un individuo a las emociones negativas. Surge como una necesidad de definir aquel estado afectivo que está asociado a sentimientos como tristeza, ansiedad, hostilidad, culpa, insatisfacción, etc. (Robles & Páez, 2003).

Existe una parte de la literatura que ha defendido la idea del papel del afecto negativo en el desarrollo de comportamientos de riesgo, favoreciendo la disminución del autocontrol y

promoviendo la impulsividad. El comportamiento alimentario no es ajeno a ello, caracterizando a algunas personas que comen para satisfacer su necesidad de contrarrestar el malestar y no para una satisfacción fisiológica del apetito (Moy et al., 2013).

2.2 Descripción Teórica Afecto Positivo y Negativo.

La existencia del afecto negativo como un nuevo constructo surge desde la propuesta de Bradburn (1969) como un factor independiente al afecto positivo, posteriormente Tellegen (1985) formula el modelo de los dos factores del afecto, en el cual se describe al afecto negativo como un malestar generalizado, que se detona como síntomas altamente inespecíficos, y que se expresa en el grado y frecuencia en que una persona experimenta estados emocionales desagradables como, angustia, enojo, temor, tristeza, somatización, inquietud etc. Sin embargo, posteriormente y basándose en este modelo, Clark y Watson (1991) mencionan (en su modelo tripartito) que la depresión se caracteriza por una alta predisposición al afecto negativo y una baja carga de afecto positivo, mientras que la ansiedad se caracteriza por altos niveles de afecto negativo y actividad fisiológica.

De acuerdo con Padrós et al. (2012), existen cuatro argumentos que defienden la independencia del afecto positivo y negativo. 1) La correlación con el afecto positivo es baja, 2) La correlación de los ítems dentro de las categorías de afecto positivo y de afecto negativo es alta, (3) Los dos factores correlacionan de forma diferente con otras variables y 4) Hay variaciones de ambos tipos de afecto observados a lo largo de la vida. Sin embargo, existe otra corriente que defiende la idea de que es un constructo unidimensional y que ambos afectos se encuentran en

distintos polos, donde las personas experimentan un estado afectivo que oscila entre lo positivo y lo negativo inhibiéndose mutuamente.

Es por ello que Reich et al. (2003) hacen una propuesta del modelo dinámico del afecto como intento de conciliar ambos argumentos. Mencionan que en momentos de alto contenido de estrés el afecto negativo y positivo actúan como una dimensión unipolar, sin embargo, cuando hay baja carga de estrés, ambos actúan de manera independiente.

2.3 Afecto Negativo y Relación con el Comportamiento Alimentario Patológico.

Siguiendo esta premisa se han llevado a cabo una serie de estudios que dan cuenta sobre la dinámica existente entre la tendencia de experimentar emociones negativas y la predisposición al desarrollo de un TA. Ya desde los años 90's se publicaron estudios que relacionaban el afecto negativo con algún comportamiento alimentario desadaptativo, por ejemplo, un estudio en 1993 relacionó características de tipo obsesivo compulsivo con síntomas relacionados con bulimia y anorexia nerviosa (Hsu et al., 1993), por su parte Herzog et al. (1996) en una revisión de la literatura mencionan que la AN y la BN se encuentran asociadas con tasas sustanciales de comorbilidad, con depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

Se ha reportado que personas que sufren de algún TA muestran una tendencia a ser más ansiosas en comparación con personas sin problemas alimentarios (Godart et al., 2005). Otro estudio (Bardone-Cone et al., 2007) identificó los síntomas psicológicos de perfección como un conector fundamental entre ansiedad y algún problema alimentario. Phillips y Kaye (2007)

mencionan que muy por encima de lo que se piensa los TA muestran una comorbilidad alta con los trastornos de ansiedad, específicamente con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), debido a que muestran criterios sintomatológicos bastante comunes. En el mismo año otros autores identificaron en una revisión sistemática de estudios empíricos, que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en sujetos con trastornos alimentarios que en sujetos sin algún TA. Señalan que en la mayoría de los casos la ansiedad precede el desarrollo de algún TA, lo que sugiere que las personas con una historia de ansiedad en la niñez o adolescencia están predispuestos a desarrollar algún problema alimentario (Swinbourne & Touyz 2007).

Pallister y Waller (2008) en una revisión de la literatura sugieren que los comportamientos de seguridad y las estrategias de evitación cognitiva expresadas en los trastornos de ansiedad funcionan como posibles mecanismos que se relacionan con los TA, además de que pueden compartir factores etiológicos comunes, por tanto, pueden aumentar la susceptibilidad de un individuo a desarrollar dichos trastornos. Altman y Shankman (2009) mencionan que tanto los TA como los TOC podrían ser parte de un espectro común de trastornos. La identificación de la relación entre estos trastornos puede conducir al descubrimiento de importantes procesos y/o mecanismos compartidos que explican su mantenimiento, sugiriendo así una ocurrencia similar debido a una relación etiológica compartida. Estas ideas fueron reforzadas en un estudio de Sallet et al. (2010) que muestra una alta comorbilidad de TA con TOC, en el que se evaluaron a 816 sujetos, (92 pacientes, 11,3%) que presentaron los siguientes TA: trastornos por atracón 59 (7,2%), bulimia nerviosa 16 (2,0%) y anorexia nerviosa 17 (2,1%). En otro estudio (Swinbourne et al., 2012) se evaluó la comorbilidad de una muestra de 152 mujeres, de las cuales 100 de ellas presentaron un trastorno alimentario, el 65% también cumplió con los criterios para al menos un trastorno de ansiedad comórbido, el 69% de ellas informaron el inicio de algún trastorno de ansiedad como

precedente del inicio de un trastorno alimentario. El 13.5% de las mujeres que presentaban síntomas de ansiedad también cumplían con los criterios para un trastorno alimentario comórbido, el 71% confirmó que el inicio del trastorno de ansiedad precedía al inicio de un trastorno alimentario.

Por otro lado, un grupo de trastornos emocionales que han sido asociados con los TA son los del estado de ánimo. Godart et al. (2005) mencionaron en una revisión sistemática que la prevalencia y comorbilidad entre los TA y los trastornos del estado de ánimo, cuenta con tasas elevadas, además afirmaron que en la mayoría de los casos de personas con algún tipo de TA que buscan atención profesional es más común cuando se presenta un trastorno del estado de ánimo comórbido. En un estudio se menciona que la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos depresivos mayores es alta, llegando a referirse con estimaciones del 40% para la anorexia nerviosa y el 50% para la bulimia nerviosa (Hudson et al., 2007). Rodgers y Paxton (2014) refieren que los síntomas depresivos deberían de ser el principal objetivo para evaluar a las personas con TA, debido a que sus características juegan un papel doble, como factores etiológicos para el desarrollo de un problema alimentario, y como factores que mantienen la dinámica existente. En otra revisión de la literatura, Fakra et al. (2014) refuerzan la idea de que la incidencia de un trastorno del estado de ánimo en pacientes que sufren un trastorno de la conducta alimentaria supera con creces la incidencia en la población general. Existen posibles causas que podrían explicar este aumento de la comorbilidad. Uno de los que ha llamado la atención es la gama de intervenciones farmacológicas que a menudo conducen a modificaciones en las conductas alimentarias, generalmente induciendo el aumento de peso. Estos medicamentos pueden aumentar el deseo de comer, reducir el metabolismo inicial o disminuir la actividad motora. Esta comorbilidad de los trastornos afectivos y alimentarios empeora el pronóstico de los pacientes

y se asocia con formas más graves de trastornos afectivos caracterizados por una edad más temprana de aparición de la enfermedad, un mayor número de episodios afectivos y una mayor tendencia suicida. Otro estudio (Goldschmidt et al., 2016) menciona en sus hallazgos que existe una relación moderada entre los síntomas depresivos, la alimentación desordenada y el sobrepeso, y una estabilidad moderada en cada condición a lo largo del tiempo. La insatisfacción corporal y las dietas funcionan como factores de riesgo compartidos más potentes para los síntomas depresivos posteriores.

En una revisión sistemática con metaanálisis se buscó elaborar una síntesis cuantitativa de estudios longitudinales que evaluaran la dirección de los efectos entre la alimentación patológica y la depresión. Con base en la identificación de 42 estudios concluyeron que la alimentación patológica era un factor de riesgo para la depresión. Los análisis de meta-regresión reflejaron que los efectos son significativamente más relevantes para estudios que operacionalizaron la alimentación patológica como un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria versus síntomas de alimentación patológica, y para los estudios que operacionalizaban la medida respectiva de resultado como una variable categórica (e.g., un diagnóstico de trastorno o cuando los síntomas estaban “presentes” /” ausentes”) versus una medida continua. Los resultados mostraron que, en relación con el tipo de alimentación patológica, el efecto de un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y síntomas bulímicos en la depresión era significativamente más fuerte para participantes más jóvenes (Puccio et al., 2016). Una revisión sistemática más reciente evaluó la asociación entre los subtipos de trastorno bipolar (tipos I y II) y los subtipos de trastornos alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de atracones etc.) en sus hallazgos corroboran que los TA son comunes en personas con bipolaridad, es decir, de 0.6 a 33.3% de los sujetos bipolares cuentan un trastorno alimentario. Por el contrario, del 0 al 35.8%

de los sujetos con un TA pueden presentar un trastorno bipolar. Esta coincidencia se ha observado principalmente en pacientes con anorexia de tipo bulímico / purgativo, con bulimia o con trastornos por atracones. La asociación es menos frecuente en casos de anorexia del tipo restrictivo (Thiebaut et al., 2019)

Otros tipos de síntomas se han identificado en relación con los TA, como, por ejemplo, mal manejo de la ira, reflejando especialmente los impulsos autodirigidos, siendo frecuentes en personas que padecen AN y BN, aumentando la complejidad de las características clínicas, cambiando el pronóstico y causando un manejo más difícil (Truglia et al., 2006).

2.4 Comportamiento Alimentario y Afecto Negativo en el Deporte

Actualmente se hace referencia sobre el impacto que puede tener el deporte en los atletas, la predisposición a experimentar emociones negativas y la manera en la que puede llegar a ser expresado en comportamientos. Las emociones o experiencias subjetivas ligadas a la tristeza, enojo o ansiedad pueden llegar a ser extremadamente desagradables, por lo que los sujetos buscan una manera de distraerse, enfrentarlo o controlarlo. Desde la propuesta de Moy et al. (2013) el seguimiento de una dieta restrictiva tiene la función de satisfacer las necesidades emocionales y no la sensación de hambre. Las dietas pueden provocar un déficit calórico en los atletas, especialmente cuando gastan altos niveles de energía en el entrenamiento. Tales practicas relacionadas con la dieta podrían incluir reglas alimentarias rígidas (por ejemplo, limitar los carbohidratos o simplemente comer verduras) o simplemente limitar su aporte calórico general. Lo que pudiera provocar que en un futuro los atletas pueden terminar comiendo en exceso

incrementando aún más los sentimientos negativos (por ejemplo, ira, vergüenza, culpa) y autoevaluaciones críticas. Estas emociones cumplen la función de ser las precursoras de comportamientos alimentarios desadaptativos.

Esta relación ha sido reforzada en investigaciones recientes. Por ejemplo, en un estudio (Chatterton et al., 2017) identificaron que el afecto negativo y la dieta restrictiva se relacionaron significativamente con la sintomatología bulímica en atletas universitarios masculinos. Otro estudio describe que aquellos atletas varones que tienen una predisposición al malestar emocional tienen mayor probabilidad de que los atletas universitarios varones participen en comportamientos relacionados con el aumento de la musculatura y tener un cuerpo más musculoso (Galli et al., 2015).

Capítulo 3. Influencia de la Desregulación Emocional en el Comportamiento Alimentario.

El tercer capítulo de esta tesis tiene como objetivo examinar la influencia de la desregulación emocional en el comportamiento alimentario, prestando especial atención a su relación con los trastornos alimentarios en deportistas. Para ello, en primer lugar, se ofrecerá una definición de los términos regulación y desregulación emocional, y se identificarán los factores que están implicados en la capacidad de las personas para regular sus emociones. En segundo lugar, se presentarán las explicaciones teóricas que abordan la desregulación emocional, prestando atención a los modelos que consideran la desregulación emocional como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales y conductuales. En tercer lugar, se analizará la relación entre la desregulación emocional y el comportamiento alimentario patológico, evaluando cómo la falta de habilidades para regular emociones puede contribuir a mantener y perpetuar conductas alimentarias disfuncionales. Por último, se explorará cómo la desregulación emocional puede manifestarse en el contexto del deporte, identificando las situaciones o demandas específicas que puedan afectar el control emocional de los deportistas y su conducta alimentaria. En general, este capítulo busca profundizar en la relación entre la desregulación emocional y la alimentación en deportistas, con el objetivo de mejorar la comprensión de los factores psicológicos implicados en los trastornos alimentarios en esta población.

3.1 Definición de la Regulación y Desregulación Emocional.

De acuerdo con Extremera y Rey (2015) la expresión de las fases de regulación emocional hace referencia a los procesos que median entre la forma en la que las personas viven, experimentan o expresan sus emociones, y la manera en la que incrementan, mantienen o disminuyen el modo en el que se perciben. Así el principal mecanismo que define la estabilidad de las emociones es el procesamiento cognitivo. Las emociones juegan un papel fundamental con relación a las cogniciones para definir la manera en la que un individuo se adapta o desadapta de acuerdo con las circunstancias en las que se desenvuelve. Es por ello, que las habilidades con las que se cuenta para regular la funcionalidad de las emociones definirán las estrategias con las que se afronte óptimamente las exigencias diarias que provee la vida (Gross, 2002).

La regulación de la emoción adaptativa ha sido conceptualizada como una construcción multidimensional que implica los siguientes puntos:

- (A) Conocimiento, comprensión y aceptación de las emociones y sentimientos.
- (B) Capacidad de dirigir los comportamientos hacia un objetivo, e inhibir comportamientos impulsivos, sobre todo cuando se experimentan emociones negativas.
- (C) Uso flexible de estrategias apropiadas para modular la intensidad y / o duración de las respuestas emocionales, en lugar de eliminar o suprimir las emociones por completo.
- (D) Voluntad de experimentar y tolerar emociones negativas como parte la vida misma (Gratz & Tull 2010, pp.22).

Las formas adaptativas de regulación de las emociones promueven respuestas conductuales apropiadas a las demandas ambientales al modular de manera cognitiva la información que se encuentra en el ambiente, esto en lugar de eliminar o suprimir las experiencias afectivas (Roemer et al., 2015). Schafer et al. (2017) mencionan que la reevaluación cognitiva, un enfoque en la solución de problemas y la aceptación, es una de las principales herramientas para lograr regulación emocional, mientras que la evitación, la supresión y la rumiación promueven la desregulación además de síntomas relacionados con depresión y ansiedad clínicamente relevantes.

Por otro lado, la desregulación emocional ha sido relacionada con diversos problemas de salud mental, pudiendo llegar a ser psicopatológico, ya sea por la predisposición genética o ambiental. (Linehan 1993). Ésta, ha sido definida como la incapacidad de cambiar a un estado deseado las reacciones emocionales, experiencias, repuestas verbales o no verbales, bajo condiciones normales, a pesar de las acciones que la persona realice (Neacsiu et al., 2014).

3.2 Explicaciones Teóricas de la Desregulación Emocional.

De acuerdo con Naragon-Gainey (2017) existen 3 modelos teóricos que pueden implicar estructuras plausibles, estas son: los modelos de procesos temporales, modelos basados en estrategias y los modelos basados en habilidades.

- **Modelo de procesos temporales:** Gross (2015) fue quien presentó este modelo y fundamenta que la emoción tiene un desarrollo temporal en 4 etapas: 1) la situación que provocó o detonó la emoción, 2) la atención que la persona da a esa situación, 3) La

evaluación o significado dado por la persona a la situación de acuerdo con los objetivos y,4) La respuesta emocional en los componentes conductuales, fisiológicos y experienciales. Con base a esta temporalidad la regulación emocional se produce en distintas modalidades, por ejemplo: si hay manera de prever o seleccionar la situación por la que se pasará, la persona puede evitar la situación por completo, en uno otro caso si no se puede prever, puede apostarse por modificar la situación (llevar a cabo un arreglo contextual o modificar estímulos específicos), cambio atencional (distracción, rumiación, atención plena), cambio cognitivo (reestructuración o aceptación cognitiva) y modulación de la respuesta (evitación experiencial y/o supresión).

- **Modelo basado en estrategias:** Esta aproximación ha sido argumentada por Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) que fundamentan la existencia de estrategias psicológicas asociadas al proceso adaptativo y desadaptativo de las emociones. Por un lado, existen aquellas habilidades que promueven un contacto favorable con las emociones, algunas de ellas son; aceptación, resolución de problemas, reevaluación cognitiva, atención plena, entre otras, y por el otro, existen aquellas que promueven una desadaptabilidad emocional, por ejemplo; supresión, evitación experiencial, evitación conductual, rumiación etc. Sin embargo, los autores defienden la idea que señala que clasificar las estrategias como “desadaptativas” o “adaptativas” puede resultar un modelo reductivo, dado que cualquier estrategia puede tener éxito o no en una situación específica para una persona y/o un objetivo en particular. Por tanto, es importante establecer y evaluar la función que tiene la estrategia elegida dentro del contexto específico y el grado de flexibilidad que tiene, considerando que la aparición de ésta no es necesariamente negativa. Por ejemplo, un atleta

de alto rendimiento que está a punto de una competencia y previamente le han dado una mala noticia familiar, es probable que la evitación experiencial o la supresión sean mecanismos que favorezcan la concentración en su desempeño y así posteriormente atender de manera más consciente el asunto familiar.

Otra categoría de estrategias asociadas al continuo regulación-desregulación emocional son las propuestas por Aldao y Dixon-Gordon (2014) que refieren las que son encubiertas o cognitivas (evitación experiencial, rumiación, aceptación, distracción) que no son observables y son expresadas por la persona de manera verbal y por otro lado las conductuales o abiertas (evitación conductual, uso de sustancias, ejercicio, alimentación, socialización) y se caracterizan por ser observables y sujetas a medición.

- **Modelo basado en habilidades:** Este modelo es propuesto como aquel que incluye todas las habilidades disposicionales que promueven la regulación emocional. Además, es el que ha demostrado evidencia empírica por medio de correlatos psicométricos. Por un lado, está el propuesto por Gratz y Roemer (2004) con el desarrollo de la Difficulties in Emotion Regulation Scale, que incluye seis habilidades: 1. Aceptación de respuestas emocionales, 2. Conductas dirigidas a metas 3. Control de impulsos, 4. Conciencia emocional, 5. Estrategias de regulación y 6. Claridad emocional. Un déficit en cualquiera de ellas puede conducir a problemas con la regulación de las emociones y el desarrollo de síntomas psicológicos desadaptativos. El otro modelo que se incluye es el modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones postulando que múltiples habilidades interactúan en un contexto específico favoreciendo la regulación emocional adaptativa (Radkovsky et al., 2014). Este modelo plantea que las habilidades más importantes para un funcionamiento

psicológico óptimo son: la modificación exitosa de las emociones y la aceptación/tolerancia de las emociones desagradables.

3.3 Desregulación Emocional y Relación con Comportamiento Alimentario Patológico.

En el caso de la relación de la desregulación emocional con los TA existe evidencia de la asociación que tiene como una de las principales variables mediadoras con el surgimiento y mantenimiento de conductas alimentarias no adaptativas. Por ejemplo, Sim y Zeman (2006) encontraron en una muestra de mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa una menor conciencia emocional y habilidades deficientes en la identificación de emociones en comparación con personas sin este trastorno alimentario. En otro estudio Wilson (2011) fortalece la idea de que la desregulación emocional promueve el desarrollo y mantenimiento de los TA.

Las dificultades en la regulación de las emociones son evidentes en los trastornos donde el hábito es automático y la reactividad a la recompensa guía los resultados conductuales poco saludables, por ejemplo, atracones de comida o trastornos del espectro de la bulimia (Svaldi et al., 2012a). Burns et al. (2012) identificaron en una muestra de 1254 estudiantes que la regulación emocional jugaba un papel fundamental como mediadora para el desarrollo de algún TA en adolescentes o niños que habían sufrido algún tipo de abuso por parte de un adulto.

En otro estudio se observó que las personas con Bulimia Nerviosa (BN) o Anorexia Nerviosa (AN) reportaron niveles más altos de intensidad emocional, menor aceptación de las emociones, menos conciencia y claridad emocional, así como un mayor uso de estrategias de regulación de emociones disfuncionales en comparación con personas sanas. Además, los autores

concluyen que la desregulación emocional constituye un factor de riesgo para los TA (Svaldi et al., 2012b). Racine y Wildes (2013) proponen la existencia de asociaciones diferenciales entre los déficits específicos de regulación emocional y los síntomas centrales de AN, por ejemplo, encontraron que la falta de conciencia emocional se relacionó independientemente con síntomas cognitivos característicos del trastorno, y que la dificultad en el control de impulsos está asociada con episodios de atracón y purgas recurrentes. En otro estudio (Brockmeyer et al., 2014) se encontró que todos los subtipos de TA mostraron mayores dificultades en regulación emocional; la AN se caracterizó por la mayor dificultad en el control de impulsos. Siguiendo con esta premisa metodológica Danner et al. (2014) identificaron en un grupo de mujeres con diferentes tipos de TA una tendencia a suprimir las emociones y una carencia de habilidades para reevaluarlas por medio de las cogniciones. Los problemas de regulación de la emoción se encontraron en todos los subtipos de TA. Sin embargo, los tipos de problemas de regulación de las emociones y el efecto de la existencia de otros problemas emocionales como la ansiedad y la depresión pueden diferir entre los subtipos de problemas alimentarios. En otro estudio (Haynos et al., 2015) encontraron que las dificultades en la regulación de las emociones y de la ansiedad se asociaron significativamente con los síntomas de AN y un deterioro clínico relacionado.

Un estudio identificó que la desregulación emocional y la autoimagen están fuertemente correlacionadas, influyendo como variables moderadoras en el desarrollo de desórdenes alimentarios (Monell et al., 2015).

Chao et al. (2016) apoyándose en el papel de la hormona esteroidea del cortisol que se libera como respuesta al estrés encuentran que también funge como un predictor principal del atracón, especialmente en mujeres. La regulación emocional implícita se ha planteado como una variable importante en los TA inclusive como el principal objetivo a alcanzar en la intervención

en problemas de atracón ya que, disminuye la sensibilidad al conflicto emocional como un mecanismo mediador (Robinson et al., 2015). Una revisión sistemática (Leehr et al., 2014) verifica en una búsqueda de dieciocho artículos que la desregulación emocional es un predictor y un detonador potencial de la conducta de atracón en aquellas personas obesas que presentan este tipo de comportamiento, en comparación de aquellas personas que no tienen un diagnóstico de Trastorno por Atracón. En otra revisión sistemática (EvaVall & Tracey, 2015) se encontró que el estado de ánimo negativo, la tristeza, la tensión y la inestabilidad de las emociones son potenciales antecedentes para la conducta de atracón.

En un estudio con adolescentes se identificó que los trastornos alimentarios por atracón y/o purga se asociaron con mayor dificultad en una variedad de dimensiones de regulación emocional, incluyendo el control de los impulsos, comportamiento dirigido a los objetivos y el acceso a estrategias eficaces de regulación de las emociones. Se observó mayor dificultad en la conciencia y claridad de las emociones. Por otra parte, el perfil de regulación de la emoción de los adolescentes con AN y atracones/purgas fue similar a la de los adolescentes con BN en comparación a los adolescentes con AN restrictiva (Weinbach et al., 2018). En los hallazgos de otro estudio se encontró que la alimentación restrictiva tiene una correlación alta con déficits de regulación de las emociones, especialmente en aquellas personas que mostraron un bajo control emocional (Haynos et al., 2018).

3.4 Desregulación Emocional en el Deporte.

En la actualidad aún son pocos los estudios que dan cuenta sobre esta dinámica existente entre la relación de la regulación emocional y los TA en deportistas. Sin embargo, existen algunos

estudios aislados que reportan datos que apoyan esta idea. Vardar et al. (2007) identificaron en una muestra de 243 atletas que aquellas personas que presentaban problemas relacionados con conductas de problemas alimentarios también reflejaban problemas en el manejo de la ansiedad, tanto en rasgo como en estado. Un estudio (Wollenberg et al., 2015) encontró que la prevalencia de TA en deportistas fue de 16.5%. Además, se observó que la regulación emocional en concordancia con la imagen corporal son variables que median el desarrollo de los TA. Shriver et al. (2016) evaluaron el papel que tiene la regulación emocional como variable potencial que explica el desarrollo de TA en atletas de Estados Unidos, percatándose que la falta de regulación emocional en concordancia con la imagen corporal son variables predictoras y factores de riesgo, para el desarrollo de TA en atletas.

Una de las explicaciones más aceptadas que dan cuenta de la relación entre el continuo regulación-desregulación emocional y comportamiento alimentario es que las personas con algún TA, no cuenta con los mecanismos adyacentes para el monitoreo y control de las emociones, por lo que recurren a conductas alimentarias disfuncionales (dietas restrictivas, atracones, ejercicio excesivo etc.) y éstas funcionan como un reforzamiento negativo que promueve el alivio del malestar a corto plazo (Contreras, 2017). Por tanto, esta variable es propuesta en el modelo como fundamental en la mediación entre el contexto deportivo en el que se desenvuelve el atleta y los comportamientos alimentarios desordenados.

Capítulo 4. Influencia del Perfeccionismo y el Temor al Fracaso en el Comportamiento Alimentario.

En este capítulo se analiza la influencia del perfeccionismo y el temor al fracaso en el comportamiento alimentario, en particular en el contexto de deportistas con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. En primer lugar, se examina el perfeccionismo como un constructo teórico, identificando las diferentes dimensiones del perfeccionismo y su relación con la salud mental y los trastornos alimentarios. En segundo lugar, se explora el temor al fracaso como una experiencia emocional que puede ser común en los atletas de alto rendimiento y cómo esta emoción puede afectar negativamente la conducta alimentaria y la imagen corporal. En tercer lugar, se aborda la asociación entre el perfeccionismo y el temor al fracaso, evidenciando cómo estas dos variables están íntimamente relacionadas y cómo su interacción puede incrementar el riesgo de desarrollar comportamientos desadaptativos. Por último, se examina cómo la presencia del perfeccionismo y el temor al fracaso pueden influenciar la aparición de trastornos alimentarios en atletas. En general, este capítulo busca ampliar la comprensión de las variables psicológicas implicadas en los trastornos alimentarios de los deportistas, a través de la revisión de la literatura existente sobre la relación entre el perfeccionismo, el temor al fracaso y los trastornos alimentarios.

4.1 Estudio Teórico del Perfeccionismo.

El perfeccionismo como fenómeno de estudio cuenta con un contexto particular de investigación, en un inicio se ha identificado como una variable presente en diversos problemas de salud mental, entre los que destacan la depresión (Hewitt & Flett, 1990; Kannis-Dymand et al., 2020), ansiedad (Burcaş & Creţu 2021; Kannis-Dymand et al., 2020), abuso de sustancias (Moate et al, 2021), y por supuesto TA (Vacca et al., 2021). Sin embargo, la perfección se ha identificado como un constructo presente en dos vías, por un lado, como una variable que funge como posible factor etiológico para el desarrollo de estos problemas, y por el otro identificado como una covariable principal para el mantenimiento de sintomatología patológica. Por ello, en las últimas décadas hay esfuerzos por establecer una definición completa del perfeccionismo, generando teorías que se apoyan en modelos cognitivos, sociales y de la personalidad y que tratan de dar cuenta de las diferentes causas y consecuencias que genera este fenómeno.

Stoeber (2017) refiere que el perfeccionismo es complejo, ya que puede presentarse de diferentes maneras y en diversos contextos, siendo favorable para algunas personas, pero, desadaptativo para otras, presentándose positivamente en diferentes contextos, pero, con consecuencias desagradables en otros. Los primeros teóricos que han mencionado esta definición vienen desde el psicoanálisis, por un lado, Karen Horney (1950), quien lo denominó la “tiranía del deber” y que tiene una relación estrecha con las características de la neurosis en las personas. Por otro lado, fue Adler (1938) quien de acuerdo con Akay-Sullivan et al. (2016) fue el primero que dio una visión multidimensional de la variable perfeccionismo. Este autor la consideró una necesidad innata del ser humano que se presenta en la adaptabilidad y desadaptabilidad del instinto de supervivencia. Desde la visión psiquiátrica se introdujo en el CIE y el DSM como característica

del trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo, hasta ese momento el perfeccionismo era considerado un constructo olvidado (Hollender, 1965). Posteriormente Hamachek (1978) retoma la idea de que el perfeccionismo puede tener dos visiones, por un lado, el “perfeccionismo normal” en el que las personas obtienen consecuencias favorables al perseguir sus objetivos perfeccionistas, y por el otro, una forma negativa denominada “perfeccionismo neurótico” en la que los individuos sufren a causa de sus afanes perfeccionistas. Sin embargo, una de las desventajas planteadas hasta ese momento, es que se veía al perfeccionismo como un continuo, caracterizándose por la dicotomía funcionalidad-disfuncionalidad y dando un énfasis negativo y apegado a la psicopatología.

Es hasta los 90's que surgen dos aproximaciones que conceptualizan al perfeccionismo como un constructo multidimensional. Por un lado, son Frost et al. (1990) quienes proponen que el perfeccionismo se compone de seis dimensiones: estándares personales (estándares de desempeño extremadamente altos), preocupación por los errores (miedo a cometer errores y las consecuencias negativas que de ellas vengan), dudas sobre las acciones (indecisión relacionada con la incertidumbre), expectativas de los padres (expectativa perfeccionista de los padres), crítica de los padres (desacuerdo de los padres por la imperfección) y organización (ser organizado y valorar el orden y la pulcritud). Por otro lado, son Hewitt y Flett (1990) quienes proponen un modelo de tres dimensiones: auto-orientado (creencias motivadas que sostiene que luchar por la perfección y ser perfecto son importantes para la vida), orientado a los demás (cogniciones que sostienen que es importante que los demás luchen por la perfección y sean perfectos) y socialmente prescrito (ideas que sostiene que luchar por la perfección y ser perfecto es importantes para los demás). Posteriormente (Frost et al., 1993) llevaron a cabo un estudio que incluía las 9 dimensiones que se expusieron en las propuestas previas, obteniendo dos factores de orden superior. La primera

dimensión denominada “esfuerzo positivo” incluye los estándares personales, la organización, el perfeccionismo orientado hacia uno mismo y el perfeccionismo orientado hacia los demás. La otra dimensión denominada “preocupaciones desadaptativas” compuesta por: preocupación por los errores, dudas sobre las acciones, expectativas de los padres, crítica de los padres y el perfeccionismo socialmente prescrito. A este modelo se le denominó modelo de perfeccionismo de dos factores. Es a partir de este hallazgo que hay una coincidencia entre el modelo adaptativo-desadaptativo y el multidimensional del perfeccionismo. Sin embargo, ha sido más aceptada la conceptualización de los esfuerzos y preocupaciones perfeccionistas.

Sin embargo, a pesar de la importancia de la concepción anterior, se abrieron dudas con respecto al rol que juegan cada una de las dimensiones, llegando a observarse que el perfeccionismo orientado a los demás está fuera del modelo de dos factores porque está dirigido a los demás, no a uno mismo. Las expectativas y críticas de los padres funcionan como antecedentes o factores etiológicos, los esfuerzos y preocupaciones perfeccionistas, y la organización incluida como una dimensión más del perfeccionismo (por tanto, se le suele denominar modelo tripartito del perfeccionismo) (Stoeber, 2017). En el caso del perfeccionismo orientado a los demás es una dimensión que promovió el desarrollo de una propuesta denominada “modelo de desconexión social del perfeccionismo” (Hewitt et al., 2006), de acuerdo con Chemisquy (2017) esta teoría nos permite comprender que las creencias perfeccionistas aumentan la vulnerabilidad psicológica con relación a los demás, esto es por medio de: a) comportamientos socialmente negativos, b) cogniciones asociadas al perfeccionismo que favorecen la preocupación y vulnerabilidad por el rechazo y c) resultados de las experiencias sociales que pueden favorecer la evitación social.

En el caso de la autopresentación perfeccionista Hewitt et al. (2003) desarrollaron un modelo que incluye tres aspectos: a) *autopromoción perfeccionista*: ésta es impulsada por la

necesidad de la persona de demostrar o parecer perfecto y así lograr una impresión muy favorable en los demás, además busca ser visto como perfecto a través de demostraciones conductuales y así generar una imagen impecable. b) *no mostrar la imperfección*: es impulsada por la necesidad excesiva de evitar parecer imperfecto, promueve la evitación de situaciones en las que la persona puede verse expuesta al escrutinio de los demás y que den evidencia de deficiencia, errores, fracasos o defectos personales. c) *no revelar la imperfección*: necesidad de evitar expresar o aceptar verbalmente o admitir ante los demás preocupaciones, errores e imperfecciones percibidas por sí mismo y así ser evaluado negativamente por los demás.

Es por ello que a partir del amplio espectro de investigaciones que se han dado desde los últimos 30 años con respecto al perfeccionismo se siguen aún desarrollando modelos que explican relaciones con otros fenómenos psicológicos y que esclarecen cómo y por qué influyen en el proceso adaptativo-desadaptativo de la persona.

Entre los modelos recientes se encuentran:

- *Perfeccionismo desde la perspectiva de la motivación* (Stoeber et al., 2017): toma como base el modelo de dos factores del perfeccionismo y la concordancia teórica con la teoría de la motivación al logro (motivos de logro y metas de logro) y a la teoría de la autodeterminación (motivación autónoma y controlada, motivación intrínseca, extrínseca y amotivación). Desde esta premisa se propone al perfeccionismo como una disposición de motivación (necesidad de perfección) en la que los esfuerzos perfeccionistas representan los aspectos autónomos y orientados al enfoque, y las preocupaciones perfeccionistas los aspectos controlados y orientados a la evitación.
- *Modelo 2×2 de perfeccionismo* (Gaudreau & Thompson, 2010 ; Gaudreau et al., 2017): el modelo propone la existencia de cuadrantes de perfeccionismo que permiten hacer una

diferencia entre los estilo perfeccionistas con respecto a la combinación de dos factores, por un lado, el perfeccionismo de preocupaciones evaluativas (tendencia a percibir presión por parte de otros para la perfección, combinada con una predisposición de autoevaluarse y dudar de la propia capacidad) y por otro lado el perfeccionismo de estándares personales (tendencia auto-orientada a establecer altos estándares y esforzarse por lograrlo). El primer cuadrante es el *no perfeccionista*, donde la persona no percibe presión por los demás y no se auto impone esfuerzos perfeccionistas. El segundo cuadrante es denominado *perfeccionismo de preocupaciones evaluativas puro* y este es caracterizado por una exigencia por parte de los demás, pero, que no ha sido interiorizada y por ende, no hay una auto exigencia. El tercer cuadrante ha sido denominado perfeccionismo de estándares personales puro, que se caracteriza por una autoexigencia, pero sin la presión externa. Y por último el cuarto cuadrante que presenta una alta autoexigencia perfeccionista y además en un contexto donde los demás ejercen presión en la persona.

4.2 Temor al Fracaso.

El temor al fracaso ha sido estudiado desde finales del siglo XX en población de deportistas. Se deriva a partir de la investigación del estrés psicológico que suele presentarse en el contexto deportivo, identificándose como principales fuentes de estrés una evaluación negativa por parte de otros (en especial la del entrenador), una percepción de falta de preparación para el desempeño óptimo, o una pérdida del control sobre el entorno (Hardy, 1992). El temor al fracaso se identificó originalmente como un continuo de la motivación al logro, es decir la contraparte de todo aquello que promueve la satisfacción de orientarse hacia la búsqueda de cumplir con los objetivos personales. Esto de manera indirecta genera en los deportistas un temor a fracasar,

percibiendo como catastrófico o excesivamente desagradable esta opción, teniendo como base la vergüenza o el escrutinio de las personas el origen de un malestar intenso en caso de que falle en la búsqueda de sus objetivos (McGregor & Elliot, 2005).

El temor al fracaso es un constructo multidimensional que se fundamenta en la teoría relacional de Lazarus (1991). Este autor propone que existe una estrecha relación entre la manera en la que el individuo interpreta los eventos que suceden en la vida cotidiana y el estilo afectivo con el que reaccionará, es decir, dependiendo de la visión negativa o positiva que se dé sobre la situación por la que esté pasando, es como se definirá el estilo emocional con el que se enfrentará el evento. En el caso del miedo, existe una tendencia a estar hiper-vigilante sobre las amenazas que el ambiente puede tener, sin embargo, esto, automáticamente genera en el individuo una tendencia a relacionarlo con un peligro inminente, lo que le lleva a un estado de ansiedad, que se caracteriza por mantener un estado de incertidumbre general que le facilitará la interpretación negativa de la amenaza en situaciones futuras.

Tomando como base lo anterior, Conroy et al. (2022) proponen que el temor al fracaso es un concepto que hace referencia a la interacción de uno mismo con los demás, dirigido específicamente por el deseo de evitar la evaluación negativa, por tanto, el individuo se caracteriza por un temor marcado y una tendencia a evaluar las amenazas que impiden el logro de objetivos personales, siendo calificadas como aberrantes o catastróficas, asociando el fracaso, las fallas y/o los errores personales a consecuencias aversivas extremas.

El modelo del temor al fracaso (Conroy, 2001) hace una propuesta de cinco creencias sobre las consecuencias del fracaso que están asociadas con la amenaza y el temor. Estas son:

- (a) Experimentar pena y vergüenza ante el fracaso relacionado con la creencia del fracaso propio y una disminución de la valía personal.
- (b) Tener un futuro incierto; que está relacionado con las creencias de perder oportunidades futuras en caso de fracasar o cometer un error.
- (c) Devaluación de la autoestima, suele estar relacionada con las creencias de tener poca capacidad y control sobre el rendimiento propio.
- (d) Perder el interés de los demás, es decir, una creencia de perder valor social e influencia en el dominio del rendimiento observado por las otras personas.
- (e) Molestia por parte de personas importantes, una creencia de tener la desaprobación de los demás y perder el afecto que sienten por él o ella en caso de fallar.

Este constructo ha sido abordado en deportistas en diversos estudios. Por ejemplo, en un grupo de nadadores se estudió la relación entre el temor al fracaso y la percepción que tienen los entrenadores de ellos, los investigadores reportan que la percepción negativa del coach suele relacionarse con puntajes altos en escalas que miden el temor al fracaso (Conroy & Coatsworth, 2007).

En otro estudio se buscó la asociación existente entre el temor al fracaso, estrés psicológico y el agotamiento en 258 atletas; el miedo a experimentar vergüenza y pena tuvieron un efecto estadísticamente significativo sobre el estrés psicológico percibido. Se encontró relación entre agotamiento y baja sensación de logro (Gustafsson et al., 2017).

En un grupo de 479 jugadores de Handball se evaluaron las consecuencias de fallar y la relación con el clima motivacional por parte del entrenador. Los resultados muestran que en la

mayoría de los jugadores que perciben un clima de implicación con la tarea (resultado enfocado al equipo) tienen miedo al fracaso relacionado con sentir vergüenza (Gómez-López et al., 2019).

En otro estudio se identificó en una muestra de mujeres atletas que aquellas que presentan puntuaciones altas para el miedo a experimentar vergüenza y temor a la devaluación de uno mismo, muestran valores más bajos para el miedo de tener un futuro incierto en comparación con sus contrapartes masculinas. El temor de afectar a personas importantes y el miedo de perder el interés de los demás son más comunes en los deportes colectivos. Los atletas más jóvenes presentaron una tendencia a generar niveles más altos en el miedo de perder el interés de los demás (Correia et al., 2017).

Otro estudio buscó la relación entre la ansiedad por la competencia y el miedo al fracaso en una muestra de 200 deportistas, encontrando una fuerte asociación entre la ansiedad por la competencia y el miedo al fracaso, además se observó que los atletas masculinos tienen mayor ansiedad por la competencia y miedo al fracaso en comparación con sus contrapartes femeninas (Amjad et al., 2018). Estos resultados fueron corroborados en otro estudio con 405 atletas, identificando una alta predisposición a la ansiedad en aquellos atletas que presentaron puntajes altos en el temor a fracasar (Correia & Rosado, 2018).

4.3 Temor al Fracaso y Perfeccionismo.

Existe una parte de la literatura que relaciona el perfeccionismo con las expectativas que se tienen de sí mismo y de los demás, por tanto, hay un temor a fallar o fracasar en el desempeño propio. Esta es una relación compleja que abarca y representa el constructo del temor al fracaso

que se ha retomado como objeto de estudio en décadas recientes. hay una serie de estudios que han investigado esta relación, por ejemplo, un estudio buscó como objetivo delimitar los vínculos existentes entre el perfeccionismo y las creencias asociadas con el temor al fracaso. Fueron evaluados 372 universitarios implicados en algún tipo de actividad física. Sus resultados mostraron que la búsqueda de perfeccionismo para satisfacer las expectativas sociales está fuertemente asociada con las creencias de que el fracaso conduce a consecuencias interpersonales adversas (es decir, perder el interés, de otras personas). Además, se identificó que los individuos que tienen los estándares más altos para el cumplimiento de las expectativas de los demás cuentan también con creencias de que el fracaso los llevaría a devaluar su autoestima. El perfeccionismo orientado hacia uno mismo se asocia con los temores a experimentar vergüenza y pena (Kaye et al., 2008).

En un análisis con 74 jugadores de futbol se relacionó la predisposición a reaccionar negativamente con la imperfección como un factor que predispone al desarrollo del temor al fracaso, mientras que la búsqueda de la perfección se relaciona con el éxito deportivo (Stoeber et al., 2008). En otra investigación se reporta entre sus hallazgos que en un grupo de adolescentes y jóvenes inscritos en actividades físicas de la universidad el temor al fracaso está estrechamente relacionado con características de perfección, además de utilizar conductas como la evitación para el afrontamiento emocional de los eventos asociados al dominio de la competencia (Kaye et al., 2008).

En otro estudio se identificó la relación entre el perfeccionismo con el temor al fracaso, así como predictores del afecto positivo y negativo ante el éxito y fracaso imaginario o real en competiciones deportivas. Los resultados mostraron que los rasgos perfeccionistas tienen relación positiva con el miedo a la vergüenza, el estilo perfeccionista está asociado a la presión parental y ambos tienen relación con el miedo a experimentar vergüenza y pena después de la falla. El miedo

a experimentar vergüenza y pena media por completo la relación entre la preocupación perfeccionista, el afecto negativo, la presión del entrenador y el afecto negativo (Sagar & Stoeber, 2009). En otra investigación se encontró, en una muestra de 350 atletas, que hay una fuerte relación entre el perfeccionismo y el temor al fracaso. La dimensión asociada a la preocupación por los errores, reflejan los aspectos de mayor desadaptación del perfeccionismo. La dimensión preocupación por los errores influye de manera significativa en la dimensión temor al fracaso, seguida de las dudas sobre las acciones. Por tanto, las dimensiones de la preocupación con los errores y la de dudas sobre la acción fundamentan la relación entre perfeccionismo y el miedo a fracasar (Correia et al., 2018). Prnjak et al. (2019) en un estudio con 280 atletas describen que la satisfacción corporal es un mediador entre perfeccionismo (adaptativo/desadaptativo) y la dieta.

4.4 Perfeccionismo, Temor al Fracaso y Trastornos Alimentarios.

El perfeccionismo ha sido propuesto como una de las variables que moderan la relación entre el ejercicio/actividad física y el desarrollo de comportamientos alimentarios desadaptativos. Por ejemplo, en un estudio de Egan et al. (2017) se evaluó a 368 adultos que participaban en actividades deportivas o ejercicio. Encontraron que el ejercicio excesivo medía la relación que hay entre el perfeccionismo y el comportamiento alimentario desadaptativo. Otro estudio (Stoeber et al., 2017) evaluó a 393 atletas, refiriendo que el perfeccionismo orientado a sí mismo explica niveles más altos de síntomas del trastorno alimentario, particularmente tiene un impacto mayor en la dieta restrictiva. Posteriormente Somasundaram y Burgess (2018) evaluaron el efecto moderador del tipo de deporte con relación al perfeccionismo y la sintomatología alimentaria

desordenada en mujeres universitarias que compiten a nivel aficionado. Encontraron que el tipo de deporte practicado modera la relación entre las dimensiones del perfeccionismo y los trastornos alimentarios. Otro estudio más reciente (Prnjak et al., 2019) evaluó a 280 atletas, demostrando en sus hallazgos que la satisfacción corporal es un mediador entre el perfeccionismo y dieta restrictiva.

Paredes et al. (2011) mencionan que la relación que hay del perfeccionismo con el comportamiento alimentario desadaptado es algo inherente y necesario en los modelos explicativos. El perfeccionismo promueve un énfasis excesivo en la precisión y la organización, además evalúa de manera inadecuada los logros individuales y mantiene un estilo donde no se cumplen las expectativas de los demás. Goldner et al. (2002), sugieren que el perfeccionismo interioriza el ideal sociocultural de delgadez y la insatisfacción corporal promoviendo así síntomas de AN y BN. Por tanto, este modelo propone que el perfeccionismo explica dos principales variables asociadas al desarrollo de comportamientos desadaptativos: la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural del modelo de delgadez. Por tanto, el perfeccionismo será tomado en cuenta como variable que media y modera la relación entre la práctica deportiva y los factores de riesgo para desarrollar TA.

En el caso del temor al fracaso no existen hasta el momento estudios que evidencien una relación clara con los TA en deportistas, sin embargo, han sido identificadas una serie de conductas compensatorias como consecuencia de la percepción de quedar en ridículo, sentir vergüenza, o perder la valía personal a causa de fallar o no conseguir el éxito deportivo. Las personas implicadas con el deporte recurren a comportamientos que disminuyen la probabilidad de éxito, entre ellos están la pérdida del peso, como pueden ser; la utilización de laxantes, purga autoinducida y/o

deshidratación, con tal de cumplir las expectativas impuestas por sí mismos o por las personas que los rodean y consideran valiosas (Conroy, 2001; Sagar et al., 2007).

Capítulo 5. Comportamiento Alimentario en el Ámbito Deportivo.

En este capítulo, se explorará la relación entre los trastornos alimentarios y las variables psicológicas implicadas en deportistas, en particular, se centrará en el tipo de deporte en el que se desempeña la persona y su posible influencia en el riesgo de trastornos alimentarios. A partir de la revisión de una amplia gama de estudios realizados con deportistas, se describirán los hallazgos de la investigación en cinco grupos de deportes: deportes de conjunto, deportes de estética, deportes de resistencia, deportes de contacto y deportes de fuerza. Además, se examinarán las diferentes demandas y presiones que pueden surgir en cada tipo de deporte y cómo pueden afectar la relación entre el comportamiento alimentario y el desempeño deportivo. Asimismo, se destacarán las variables psicológicas que pueden estar involucradas en este proceso, como la presión de los entrenadores, el nivel competitivo y la influencia de los compañeros de equipo. En resumen, el objetivo de este capítulo es brindar una visión general y detallada de la relación entre los TA y el tipo de deporte que se practica, proporcionando un conocimiento más completo y profundo de los factores que pueden influir en el riesgo de trastornos alimentarios en deportistas.

5.1 Comportamiento Alimentario en Deportes en Conjunto (Pelota).

Los deportes de equipo o de pelota han sido una de las modalidades de grupo donde se ha desarrollado más investigación en la última década, sobre todo porque era considerado un grupo que no pertenecía a la categoría de los deportes con exigencia de peso, sin embargo, se ha reportado que al ser de las disciplinas que tienen mayor impacto mediático, promueven una mayor exposición ante los demás, afectando la percepción que tienen de sí mismo y su imagen corporal. Es por ello

que Sundgot-Borgen y Torstveit (2004) reportan en un estudio llevado a cabo en Noruega que los deportes de pelota como el handball, el fútbol y el voleibol en equipo no se han considerado deportes de alto riesgo para los TA; sin embargo, la prevalencia de TA en atletas femeninas que compiten en deportes de pelota oscila de 11% a 16%. Estos autores proponen que estos datos pueden indicar un enfoque mayoritario en las mediciones de la composición corporal. Consideran, además, que una actitud enfocada hacia la apariencia externa podría aumentar la presión experimentada para hacer dieta, tanto para tenistas como para los jugadores de voleibol.

Prather et al. (2016) llevaron a cabo un estudio donde evaluaron a 220 futbolistas femeninas e identificaron en sus hallazgos que una jugadora presentó un alto riesgo de TA, y el 7.7% de la muestra puntuaron un riesgo intermedio, así como una prevalencia alta de disfunción menstrual a lo largo del último año en comparación con las atletas sin riesgo de TA. Özkarabulut y Yürek (2017) evaluaron a un grupo de basquetbolistas y encontraron que el 60,9% no consumían la cantidad adecuada de comida, reportando que los siguientes motivos como causa de la afectación de su alimentación: falta de tiempo (44,8%), falta de apetito (25,4%) y falta de hábito (19,4%). Otro estudio refiere una comparación de deportistas de pelota vs deportistas de estética, encontrando que existe una percepción estadísticamente significativa menos positiva de la imagen corporal en jugadoras de hockey sobre césped, futbolistas y jugadoras de fútbol (Kantanista et al., 2018). Godoy-Izquierdo et al. (2019) evaluaron a un total de 357 deportistas (mayoritariamente futbolistas), encontrando que el 11.4% de los futbolistas presentaron puntajes altos de riesgo de TA. Los porcentajes de deportistas en cada grupo de riesgo son: alto (8.7%), moderado (45. 1%) y bajo riesgo (46. 2%).

Baldó y Bonfanti (2019) evaluaron a 49 deportistas varones semiprofesionales de deportes de pelota encontrando que el 14% de ellos presentaron sintomatología de algún TA. Se observa un

mayor miedo a engordar y una mayor preocupación por la alimentación y la figura. Mencionan también que tanto los jugadores de fútbol y rugby presentan mayor riesgo en comparación con jugadores de baloncesto. Además, concluyen que el miedo a tener un peso alto puede estar asociado con la exposición pública y el impacto que tiene el fútbol, favorecido por un contexto social en el que ser delgado se asocia con éxito. Kampouri et al. (2019) evaluaron a deportistas mujeres de pelota de elite y los compararon con no atletas, los deportes que practicaban eran: basquetbol, voleibol, y waterpolo. Entre sus hallazgos reportan que el 62% del número total de participantes presentó síntomas de TA. Las jugadoras de waterpolo obtuvieron puntajes significativamente más altos de preocupación por comer, episodios de atracones y episodios bulímicos, en comparación con las jugadoras de voleibol y baloncesto. Sin embargo, reportan que las jugadoras de élite de deportes de equipo no mostraron una mayor prevalencia de TA en comparación con las no deportistas.

Canbolat y Çakıroğlu (2020) evaluaron a un grupo de deportistas, entre ellos los dedicados a deportes de equipo, refiriendo que un 25% presentan indicios de síntomas de TA. Baldó Vela et al. (2021), realizaron un estudio con 124 jugadores de deportes de pelota, reportan que el 18.5% de los jugadores evaluados presentaron indicios compatibles con el diagnóstico de TA. Los investigadores refieren que factores tales como, edad (joven), el estatus deportivo semiprofesional y la composición de la grasa corporal podrían influir en el desarrollo de los TA. En otro estudio (Martínez-Rodríguez et al., 2021a) evaluaron a deportistas de handball, encontrando que el 11% de las mujeres y el 3% de los hombres presentaron una alta probabilidad de tener TA. No encontraron diferencias significativas en síntomas de conducta alimentaria desordenada entre hombres y mujeres, por otro lado, encontraron una relación significativa entre la composición

corporal y los síntomas de TA tanto en hombres como en mujeres (en el caso de los hombres la relación fue negativa).

Teixidor-Batlle et al. (2021) encontraron que en una muestra de 646 deportistas había una alta prevalencia de síntomas de TA en deportistas varones que practicaban deportes de pelota, argumentando que estos atletas a menudo representan “modelos estéticos” juzgados más por su apariencia física, que, por su desempeño, promoviendo la búsqueda de un cuerpo ideal caracterizado por un peso más bajo y una mayor musculatura.

Abbott et al. (2020) evaluaron a una muestra de futbolistas y reportan que las mujeres no deportistas tuvieron un mayor riesgo de desarrollar TA en comparación con las jugadoras de fútbol. Por otro lado, los jugadores de fútbol masculinos obtuvieron puntajes más altos en síntomas relacionados con TA que los hombres que no practican deporte, además, los jugadores de reserva (jugadores que no son titulares) tuvieron puntajes más altos que los jugadores del primer equipo.

Uno de los estudios más recientes (Baldó Vela et al., 2022) encontró que el 20.36% de los deportistas de equipo presentaron síntomas característicos de los TA, mencionan que los hombres que practican deportes de equipo son un grupo de alto riesgo por desarrollar TA. Las variables que incrementan la probabilidad de ocurrencia de algún TA en los deportistas son: edad (menor de 21 años), tener un IMC superior a 25 kg/m^2 y percibir una presión elevada por parte del entrenador y/o familia de tener un cuerpo ideal. Por otro lado, Firoozjah et al. (2022) compararon a atletas deportistas de equipo vs deportistas individuales y encontraron que estos últimos presentaron puntajes significativamente más altos en bulimia, preocupación por la comida y por la apariencia (peso y forma corporal), atribución externa, en comparación con el grupo de atletas de equipo.

5.2 Comportamiento Alimentario en Deportes de Estética.

La investigación de los TA en los deportes de estética es una de las más amplias y fundamentadas desde que dio inicio el estudio del comportamiento alimentario anormal en el ámbito deportivo. Estos deportes tienen una característica esencial, su desempeño deportivo y la manera en que se define su calificación o puntaje contra el rival se relaciona con su imagen corporal.

Uno de los estudios más citados a inicio de siglo es el de Davison et al. (2002) que evaluaron a niñas entre 5 y 7 años, encontrando que hay mayor preocupación por el peso en aquellas que practican un deporte estético en comparación con las que no pertenecen a deportes estéticos o las que no practicaban deporte. Además, mostraron más preocupación las niñas que tenían 7 años en comparación con las de 6 o 5 años. Sundgot-Borgen y Torstveit (2004) reportan en otro estudio que ninguno de los atletas masculinos que practicaban deportes estéticos y participaron en el estudio, cumplió con los criterios para TA, e incluso identificaron que estos deportistas usan métodos más saludables para mantener su peso bajo cuando es necesario. Sin embargo, observaron una alta frecuencia de atletas femeninas que practicaban un deporte estético y cumplieron con los criterios para TA. Mencionan en sus hallazgos que, en deportes como la gimnasia, el baile, el patinaje artístico, los aeróbicos y los clavados, las atletas femeninas a menudo experimentan la presión de reducir el peso para desempeñarse de mejor manera.

De Bruin et al. (2007) evaluaron a 17 gimnastas de élite, 51 gimnastas de no élite y 85 personas que practican deportes que no son de estética, encontraron que fueron las gimnastas de élite las que informaron hacer dieta con más frecuencia en comparación con los controles, sin embargo, no mostraron mayor insatisfacción corporal. Por otro lado, las gimnastas que no

pertenecen a élite hacen dieta con la misma frecuencia que el grupo control y tiene incluso imagen corporal más positiva. La dieta de las gimnastas no se relacionó con imagen corporal negativa sino más bien con atribuciones causales relacionadas con la presión del entrenador y con el peso percibido.

Krentz y Warschburger (2013) evaluaron a 96 atletas de élite de deportes de estética con un grupo control de 96 personas que no practicaban ningún deporte, encontraron que las personas que entrenan deporte de estética muestran síntomas de TA, pero, no hay diferencias de insatisfacción corporal con el grupo control. Para los atletas el deseo de ser más delgado o delgada para mejorar el desempeño deportivo fue el mejor predictor de los TA, además de que es un mediador en la relación a la presión social del entorno deportivo y los TA. Francisco et al. (2012) llevaron a cabo un estudio cualitativo donde evaluaron a estudiantes de ballet y gimnastas. Entre sus hallazgos reportan que las personas que practican estos deportes tienen mayor presión por ser delgadas y utilizan la restricción alimentaria como método para adquirir una forma corporal ideal. Además, hay una fuerte influencia de sus profesores/entrenadores en lo que respecta a sus actitudes y comportamientos alimentarios, ejerciendo presión por adelgazar, fundamentalmente a través de comentarios críticos negativos, consejos sobre restricción alimentaria y un seguimiento escrupuloso del peso de las deportistas. Los autores concluyen que a pesar de que el mundo de la danza clásica y la gimnasia de élite se plantea difícil de cambiar, el apoyo social o las relaciones positivas entre atletas y tutores podrían ser muy importantes para prevenir el desarrollo de la TA en estos contextos y así contribuir al bienestar de los bailarines y gimnastas.

Francisco et al. (2013) compararon los factores protectores y de riesgo en deportistas de deportes estéticos (de élite y no élite) y no deportistas. En el caso de las mujeres, se encontró que tienen mayor riesgo cuando practican deporte de élite, sin embargo, esto no sucede en los varones.

La presión social es el predictor más importante de TA en población no deportista y deportistas que no son de élite, mientras que la insatisfacción social es el mejor predictor en quienes si son de élite, aunado a la presión de los padres y la baja autoestima. Fortes et al. (2013), trabajaron con 47 adolescentes atletas femeninas que practican deportes estéticos encontrando una asociación significativa entre la insatisfacción corporal y la conducta alimentaria normal y entre el compromiso psicológico con el ejercicio y la conducta de riesgo para TA.

En otro estudio se evaluaron bailarines profesionales de ballet (Wyon et al., 2014). Se encontró que el IMC era significativamente mayor en los bailarines profesionales en comparación con los estudiantes, el conocimiento hacia la alimentación era más alto en personas con más edad, los puntajes más altos del EAT-26 fueron mayores en mujeres estudiantes de baile. Los autores concluyen que los bailarines con TA muestran niveles más bajos de conocimiento nutricional y esto puede tener impacto en el IMC, además los síntomas de TA y el IMC debe ser vigilado profesionalmente en estudiantes adolescentes.

Thiemann et al. (2015) evaluaron a un grupo de deportistas y encontraron que el 17% de los deportistas pertenecientes a deportes de estética presentan síntomas de TA, desarrollaron un modelo estadístico que contempla las siguientes variables: presión social por ser delgado, interiorización de los estándares culturales, insatisfacción corporal, presión deportiva y especialización temprana. Este modelo explica un 57.3% de varianza explicada. Neves et al. (2017) llevaron a cabo un estudio longitudinal de 9 meses con gimnastas y encontraron que la insatisfacción corporal fue mayor durante la temporada de competición y los síntomas asociados a TA, junto con el perfeccionismo y el vigor fueron mayores en la fase precompetitiva. Los síntomas de TA fueron los predictores más fuertes de la insatisfacción corporal durante todo el

estudio y se encontró que el estado de ánimo influye en la insatisfacción corporal en la temporada competitiva.

Kantanista et al. (2018) estudiaron a un grupo de atletas polacas, contemplando los siguientes deportes: nado sincronizado, gimnasia y deporte de danza. Observaron que las deportistas que representan deportes estéticos declararon una imagen corporal más positiva que las que representaban deportes no estéticos. La percepción de la imagen corporal era más negativa en las deportistas más jóvenes, además, quienes compiten en un nivel de élite perciben su cuerpo de manera más negativa. Kristjánsdóttir et al. (2019) reportan que en una muestra de deportistas de Islandia las personas que practican deportes de estética muestran un 16.3% de insatisfacción corporal severa.

En una revisión sistemática se encontró una relación causal entre el deseo de estar más delgado y la mejora del rendimiento entre los atletas de élite adolescentes que compiten en deportes estéticos. La mejora del rendimiento es la razón más frecuente para hacer dieta en los atletas de élite masculinos (Karrer et al., 2020), además reportaron una mayor presión para estar delgados. En otro estudio en población mexicana (Verdugo et al., 2020) se comparó a un grupo de adolescentes gimnastas vs no deportistas encontrando que los atletas gimnastas de élite presentaron mayor satisfacción corporal. Las gimnastas desearon ser más delgadas en comparación con los gimnastas hombres, entre éstos, todos los que mostraron estar insatisfechos desearon ser más gruesos o musculosos.

Por su parte Teixidor-Batlle et al. (2021) confirman en una muestra de deportistas, que las mujeres que se desempeñan en deportes de estética mostraron mayor prevalencia de síntomas de TA, argumentando que los factores de riesgo asociados con su entorno incluyen requisitos de peso y forma corporal, vestimenta deportiva reveladora y un intenso escrutinio corporal, por tanto, este

enfoque en la delgadez y la apariencia física en general, genera una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la imagen corporal y conductas alimentarias desadaptativas. Vargas et al. (2021) evaluaron a adolescentes practicantes y no practicantes de gimnasia. Entre sus hallazgos encontraron que, aunque no eran significativas las diferencias, las adolescentes practicantes de gimnasia presentaban menor distorsión de la imagen corporal, la insatisfacción corporal era menor en chicas que en chicos y en los no practicantes de gimnasia.

En una revisión sistemática (Morrillas et al., 2022) se concluyen con base en la revisión de 16 estudios que evaluaban a personas practicantes de deportes de estética, que había mayor riesgo de desarrollar TA en deportistas de gimnasia rítmica y artística, siendo más común en quienes pertenecían a categorías superiores. Identificaron, como principales causas la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal. En la pubertad hay mayor preocupación por el peso, acentuándose en el sexo femenino.

5.3 Comportamiento Alimentario en Deportes de Resistencia.

El estudio de los comportamientos alimentarios disfuncionales en deportes de resistencia, aunque no es basto, ha sustentado una base de explicación para responder el por qué se presentan este tipo de problemas en esta población. Una de las respuestas generales es que el atleta requiere de un cuerpo ágil que permita un mejor desempeño y que esté libre del mayor peso que sea posible (Rüst et al., 2011).

Hulley y Hill (2001) evaluaron a 181 corredoras de fondo, encontrado que 16% de las atletas presentó un TA. Otro estudio evaluó (DiGiacchino DeBate et al., 2002) a 583 personas que entrenaban triatlón y encontraron que el 28% de las mujeres y el 11% de los hombres

presentaron preocupación por el peso y la comida, y el 39% y 23% respectivamente presentaron control de calorías. Además, una gran mayoría practicaba restricción alimentaria, limitación severa de gran parte de alimentos y ejercicio excesivo como métodos de control de peso. Burke et al. (2003) evaluaron la dinámica dietética de una muestra de deportistas y encontraron que los atletas que entrenan deportes de resistencia reportan ingestas de carbohidratos más altas durante y después de las sesiones de entrenamiento en comparación con los otros grupos de deportes. En otro estudio llevado a cabo en Noruega (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004) reportó una alta prevalencia de TA en los deportes de resistencia tanto para hombres como para mujeres. Consideran que esto probablemente se deba al hecho de que el peso corporal adicional limita el rendimiento y buen desempeño del atleta.

Un estudio llevado a cabo por Schtscherbyna et al. (2009) evaluó a 78 nadadoras de élite, reportando que 44.9% presentaron rasgos de algún TA, 19.2% irregularidades menstruales y 15.4% baja masa ósea. Weber et al. (2017) evaluaron a una muestra de deportistas de resistencia, encontrando altos índices de síntomas de trastornos alimentarios.

Kristjánsdóttir et al. (2019) reportan que los deportistas de resistencia son los que menos presentan insatisfacción de la imagen corporal en comparación con los otros grupos de deportes. Así mismo Bert et al. (2019) evaluó a una muestra de deportistas de resistencia y encontraron que aquellos que practican más de 150 minutos a la semana, muestran mayor contacto con la práctica dietética, además están relacionados con el desarrollo de ortorexia nerviosa. Hauck et al. (2020) evaluaron a una muestra de 1022 atletas de resistencia y encontraron que 6.2% mostraron síntomas de adicción a la comida, 6.5% de trastornos alimentarios y 30.5% dependencia al ejercicio.

En otro estudio (Teixidor-Batlle et al., 2021) evaluaron una muestra amplia de deportistas, y encontraron que los hombres que practican deportes de resistencia mostraron alta prevalencia de

síntomas de TA argumentando que una de las características de los deportistas de resistencia es la preferencia por un bajo peso corporal, asociado con la idea de que un físico delgado es ventajoso en el desempeño, lo que posiblemente lleve a los atletas a participar en conductas desadaptativas de pérdida de peso. Uriegas et al. (2021) evaluaron síntomas de TA y ortorexia en deportistas, y encontraron tasas más altas en personas que practican deportes de resistencia. En un estudio reciente Koppenburg et al. (2022) evaluaron a 122 ciclistas, encontrando que un 27.9% presentan síntomas de un TA, mientras que 13.2% ya habían sido diagnosticadas con un TA previo al estudio, 70% reportan haber sido presionadas con respecto a su peso. Por su lado Sophia et al. (2022) evaluaron a 146 corredoras de maratón de élite, el 32% reportó al menos un síntoma de TA. Del total de atletas el 67.1% reportó utilizar la restricción alimentaria o reducir conscientemente la ingesta de energía, el 44.5% informó insatisfacción con su cuerpo. Las atletas con más peso corporal presentan mayor probabilidad de insatisfacción con su peso.

5.4 Comportamiento Alimentario en Deportes de Contacto.

Los deportistas que practican algún deporte de contacto se caracterizan por una necesidad de mantener un peso establecido que normalmente está definido por la categoría a la que pertenecen. Esto involucra que el deportista recurra a comportamientos previos a la competición que favorecen la restricción de alimentos y líquidos que permiten lograr su objetivo con respecto al peso (Fogelholm, 1993). Por tanto, algunos atletas eligen métodos pocos saludables para el control de su peso, especialmente cuando se acerca una competencia. Los métodos de elección suelen ser: evitación de alimentos y agua, sudoración inducida, sobre entrenamiento, dormir con ropa antitranspirante, entre otros. En un estudio llevado a cabo por Sundgot-Borgen y Torstveit

(2004) evaluaron a una muestra de atletas, sus resultados mostraron que hay una alta prevalencia de TA en deportes de contacto, explicando que un alto porcentaje de atletas de deportes de categoría de contacto usan métodos extremos de pérdida de peso al principio de su carrera, lo que predispone a estos atletas a un riesgo mayor de desarrollar TA. Sugieren que las restricciones severas de agua y energía, combinadas con el ejercicio vigoroso, conducen a una conducta alimentaria alterada.

Rouveix et al. (2007), identificaron en una muestra de 24 Judocas, que el 25% de las mujeres tiene un riesgo de algún TA. Costarelli, y Stamou (2009) evaluaron a una muestra de deportistas que practicaban taekwondo y judo, y los compararon con personas que no practican deporte, observando que los deportistas presentaron mayor aceptación corporal. Jeong (2010) evaluó a una muestra de 49 mujeres que entrenan taekwondo y encontró una alta ocurrencia de insatisfacción corporal, asociado al incremento de comportamientos alimentarios desadaptativos.

Brito et al. (2012) evaluaron a deportistas pertenecientes a deportes de contacto y reportan que un 60% de ellos usaron en algún momento de su vida deportiva un método rápido de pérdida de peso, el 50% utilizó sauna, ropa plástica, y solo el 26,1% tenía asesoría nutricional. Martínez et al. (2015) evaluaron a una muestra de deportistas pertenecientes a deportes de contacto e identificaron que aquellos atletas que no cuentan con un plan de alimentación preestablecido tienen mayor riesgo de utilizar estrategias de alimentación poco saludables. Los deportes con mayor riesgo son Judo (6.5%) y Taekwondo (5%), los deportistas de karate son los que presentaron menor ocurrencia de síntomas de TA. Además, los autores comentan que los deportistas no tienen la necesidad de ocultar estos comportamientos ya que son socialmente aceptados por los entrenadores, familiares y otros competidores.

En otro estudio (Jayasekara et al., 2015) se evaluó una muestra de 45 boxeadoras, reportando que un 53.34% mostraron riesgo de TA, 95.84% de ellas relacionados con anorexia nerviosa. En otro estudio (Escobar-Molina et al., 2015) evaluaron a 144 judocas (66 mujeres y 78 hombres) reportando que aquellos que pertenecen a la categoría seniors recurren a métodos de pérdida de peso previo a la competencia, por otro lado, las mujeres se preocupan más por su alimentación y muestran mayores síntomas de TA. Barley et al. (2018) evaluaron a una muestra de 637 personas que practicaban artes marciales mixtas, reportando una incidencia alta de la utilización de dietas graduales, aumento de ejercicio y restricción de líquidos como métodos de disminución de peso. “Saltarse comidas” fue el método más usado en taekwondo y lucha libre (84%) y la utilización de salas de calefacción y pérdida forzada de fluidos (por medio de escupir) se presentó mayoritariamente en quienes entrenan lucha libre (83% y 47% respectivamente). En otro estudio (Berkovich, et al., 2019) se revelaron las actitudes, percepciones y prácticas de entrenadores de judo y taekwondo, se reporta que 92% de los entrenadores recomienda a sus atletas practicar métodos de pérdida de peso gradual mediante la combinación de deshidratación o aumento de la actividad física (80,3 %), utilización de sudaderas (50,8 %), ingesta restringida de líquidos (39,3 %), entrenamiento en habitaciones (27%) y sauna (26,2%). También se informaron recomendaciones de escupir (27,8%) o usar laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o vomitar (21,3%).

Karrer et al. (2020) en una revisión sistemática mencionan que se encontró una prevalencia significativamente mayor del comportamiento de TA entre los atletas de élite varones que compiten en deportes de categoría de peso en comparación del resto de grupos deportivos. Martínez-Rodríguez et al. (2021) describieron una muestra de atletas que incluyó deportistas practicantes de judo (52), kárate (40) y taekwondo (48), el 50% de los participantes respondieron

usar métodos para la reducción de peso. Reportan que el ayuno severo, centrado en la restricción de alimentos/agua, fue la estrategia más utilizada, siendo más frecuente en los practicantes de judo. Un tercio de los atletas evitó el consumo de carbohidratos al realizar la restricción alimentaria.

En un estudio reciente (Smith, 2022) se evaluó a 103 taekwondoínes y encontraron que 74% aceptaron haber utilizado métodos crónicos y/o agudos de reducción de peso. Los métodos más utilizados fueron dieta gradual e incremento de ejercicio, ayuno y deshidratación. Además, reportan que la mayoría acepta buscar consejos para la pérdida de pesos con entrenadores y compañeros de deporte en lugar de nutriólogos, médicos y/o fisioterapeutas. Las consecuencias más reportadas de estas prácticas son: fatiga, cansancio, debilidad, pérdida de fuerza, mal humor, frustración y ansiedad, sin embargo, también mencionaron sentirse con más energía y mentalmente fuertes. Otro hallazgo es que 39% de los deportistas que buscaron bajar de peso, presentaron síntomas de algún TA.

5.5 Comportamiento Alimentario en Deportes de Fuerza.

Los deportes de fuerza y potencia es el grupo de deportes que está mayoritariamente olvidado por la literatura de investigación. Aún es escasa la información que se tiene sobre las características asociadas al comportamiento alimentario disfuncional en esta población. Es sorprendente que sea limitado el conocimiento que se tiene sobre estos atletas, ya que estos normalmente están interesados en mejorar su desempeño con relación al peso corporal y, por lo tanto, se reporta que pueden intentar frecuentemente la hipertrofia del músculo esquelético, recurriendo a suplementos deportivos, ingesta de nutrientes para maximizar los objetivos de recuperación y alimentación, además, de la búsqueda de una masa corporal óptima previo a la

competencia (Slater & Phillips, 2013). Incluso se llega a decir que esta población identifica una paradoja del cuerpo y el deporte, en la que, para cumplir con los ideales sociales y atléticos, los deportistas buscan un ideal de equilibrio entre el tono muscular y un mínimo de grasa, y, por tanto, esta disyuntiva promueve los comportamientos desordenados (Krane et al., 2004).

Por ejemplo, el levantamiento de pesas es un deporte que enfatiza las características tradicionalmente consideradas masculinas (por ejemplo, agresividad, ganancia muscular, fuerza física), y puede generar predisposición con relación a los trastornos alimentarios (Hardin y Greer, 2009). En los deportes de categoría de peso en general, los deportistas tienen problemas en la ingesta de calorías y el gasto de energía, y esto puede causar un aumento de los trastornos alimentarios (Artioli et al., 2010).

En un estudio en Islandia reportan (Kristjánsdóttir et al., 2019) que la restricción alimentaria fue mayor en las personas que practican un deporte fitness (fuerza) en comparación con los deportistas de pelota. Canbolat y Çakıroğlu (2020) en una evaluación de atletas encontraron que entre los que practican algún deporte de fuerza, un 40% refirieron presentar síntomas de TA.

Vargas y Winter (2021) evaluaron a 17 levantadoras de pesas, y en sus hallazgos encontraron que las practicas regulatorias para reducir peso son aprendidas por entrenadores, compañeros/as y redes sociales que promueven comportamientos típicos de los TA. Las atletas refieren un físico más delgado y pequeño, lo que generó motivaciones para reducir el peso, además, sirve como una ventaja para el desempeño deportivo. También se relacionó con la imagen corporal, ya que las categorías de peso más bajas se asocian con un cuerpo ideal estéticamente más agradable. Sin embargo, se reporta que algunas atletas eligen categorías de peso más altas y ven al deporte como “empoderador”, alejándose así de los ideales corporales específicos.

Nelson y Jette (2021) evaluaron a 8 levantadores de pesas con respecto a la actitud que tenían en relación con su peso, imagen y composición corporal. Identificaron en su línea discursiva que hay un impulso por la delgadez, sin embargo, creían que la grasa corporal tenía una relación positiva con el rendimiento deportivo durante su desempeño en la halterofilia olímpica, sin embargo, se mostraban menos seguros de la mecánica por la cual la grasa corporal contribuía a la ganancia de fuerza, por tanto, establecían una asociación cognitiva de la masa corporal como funcional/'saludable' y no funcional/'no saludable, es por ello que priorizan los métodos de entrenamiento que evitan la ganancia de masa, volviéndose disfuncional cuando permanecen en sus categorías de peso durante mucho tiempo. Los autores también recomiendan que, si bien la mayoría de los estudios que abordan las prácticas corporales de los atletas masculinos se enfocan en la delgadez, el aumento de grasa corporal se “demoniza” y esto favorece prácticas corporales contraproducentes en estos deportistas, e incluso se ha reportado que los deportistas más respetados con logro deportivo tienen porcentajes de grasa corporal más altos.

Por último, Richardson y Chen (2022) evaluaron a levantadoras de peso con relación a su imagen corporal, e identificaron que manifestaban una percepción más saludable de su imagen corporal. Además, no mostraron puntajes altos de control del peso o fijación por el sobrepeso. Por tanto, los autores señalan que esto puede deberse a que los resultados objetivos de este deporte no se basan en una evaluación socialmente subjetiva para su validación.

5.6 Modelo Teórico de Los Trastornos Alimentarios en el Deporte.

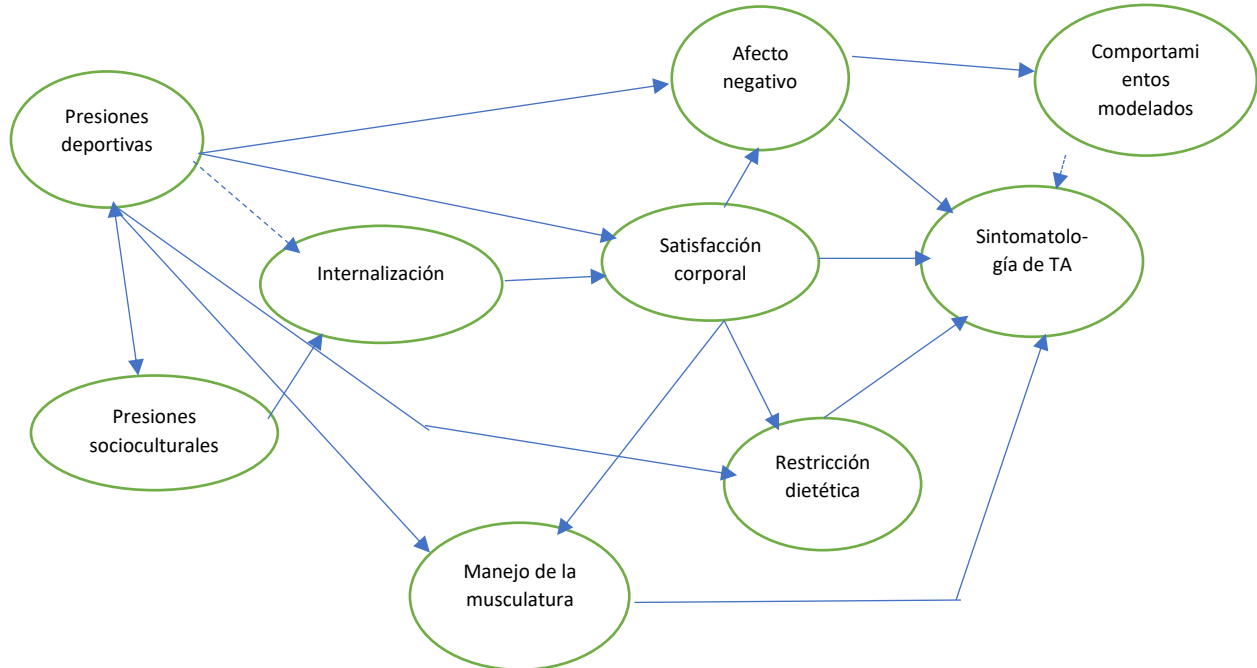
Como se ha observado en el desarrollo de este trabajo, el riesgo de tener TA se considera multifactorial, es decir, existen factores socioculturales, biológicos y psicológicos que influyen en

el desarrollo de un comportamiento alimentario desadaptado (Culbert et al., 2015). Un modelo pionero en el desarrollo de TA en el ámbito deportivo es el de Petrie y Greenleaf (2012). Su propuesta hace referencia (basado en los hallazgos empírico de la literatura) a que los atletas están expuestos a ideales generales de apariencia social, (por ejemplo, las mujeres asocian la belleza con un físico delgado y atlético) y presiones e ideales corporales propios del entorno deportivo, por tanto, los atletas presentan un riesgo potencial de tener un TA. Esta dinámica expone al sujeto a una vulnerabilidad con respecto a su atractivo físico, estatus, valor social y personal.

La exposición gradual a estas presiones que se presentan socialmente promueve que los atletas internalicen perspectivas poco realistas de cómo deberían verse, por tanto, se sientan insatisfechos consigo mismos y con sus cuerpos. En algunos casos, los atletas pueden responder a estas discrepancias percibidas como ideales (Higgins, 1987) con sentimientos concomitantes de insatisfacción y comportamientos extremos (dietas, ejercicio excesivo, etc.) que creen que contrarrestará los efectos negativos en el ámbito cognitivo y afectivo. En entornos deportivos competitivos, los atletas pueden experimentar presiones sobre el cuerpo, el peso, la fuerza, la alimentación y el rendimiento a través de los comentarios y comportamientos de los entrenadores, compañeros de equipo y jueces/oficiales del deporte y, por otro lado, el tipo de vestimenta que requieren para la competición (trajes de baño, pantalones ajustado o shorts). Por tanto, estas prácticas contribuyen al desarrollo de sintomatología de TA. La propuesta de modelo del presente estudio puede verse en la figura 5.1.

Figura 5.1

Modelo tomado de Petrie y Greenleaf (2007, 2012) de TA en atletas masculinos y femeninos.



Nota. La línea continua representa una relación que no ha sido respaldada empíricamente, pero sí teóricamente. Tomado de Petrie (2020).

Este modelo ha sido puesto a prueba en diversos estudios, por ejemplo, Anderson et al. (2011), lo desarrollaron en una muestra de gimnastas y nadadoras, y utilizando el modelado de ecuaciones estructurales; resignificaron el primer modelo (Petrie & Greenleaf, 2007) y obtuvieron buenos índices de ajuste. En otro estudio (Fortes et al., 2015) evaluaron en una muestra de atletas brasileños los elementos de este modelo y proponen entre sus hallazgos que los factores socioculturales y la insatisfacción con la grasa corporal deben ser parte del modelo. Posteriormente Chatterton et al. (2017) lo evaluaron con una muestra de 698 deportistas de Estados Unidos que representaban 17 deportes, encontrando un modelo que se ajustó bien y explica un 48% de la varianza. Si bien todas las trayectorias fueron significativas, los investigadores reportan que las presiones deportivas de los entrenadores y compañeros de equipo sobre el peso, además de una

alta importancia de la apariencia y verse bien con el uniforme, fueron las variables latentes más destacadas. Los autores encontraron evidencia de que el desarrollo muscular también es parte del modelo.

Posteriormente Stoyel et al. (2020a) evaluaron el modelo en 1017 atletas encontrando que no hubo buenos índices de bondad de ajuste. Al eliminar vías no significativas en el modelo y agregando la variable redes sociales dio como resultado que el modelo lograra una bondad de ajuste aceptable, sin embargo, el análisis de invarianza reveló que el modelo revisado difería según el género, la edad, el nivel, el estado de la competencia y la duración de la participación deportiva. Ante la luz de las inconsistencias de los resultados de estos estudios Stoyel et al. (2020b) en una revisión sistemática mencionan que estos problemas probablemente se deban a la falta de investigación longitudinal que evalúe mediadores relevantes en poblaciones de atletas y permita concluir si los descritos por Petrie y Greenleaf (2012) son factores de riesgo causales en lugar de correlatos de TA en atletas. Por otro lado, Petrie (2020) refiere que, si bien el modelo toma en cuenta diversas variables que predicen el desarrollo de algún TA, el modelo propuesto originalmente no destaca variables psicosociales que podrían contribuir potencialmente. Por tanto, se sugiere que este modelo puede servir como un punto de partida conceptual para estimular una investigación más organizada y sistemática dentro de la población deportista.

Puede verse entonces que existen lagunas de conocimiento que se encuentran en los modelos explicativos de los TA con relación a sus factores de riesgo y las variables psicológicas que median o moderan su etiología, surgimiento o mantenimiento. Además, en la investigación de esta dinámica en el deporte mexicano no se tienen antecedentes al respecto, los estudios son aún pocos y muestran limitaciones. Se requiere investigación dirigida a la producción de conocimiento que cubra dichos vacíos.

Capítulo 6. Estudio 1: Propiedades Psicométricas del Inventario de Evaluación al Fracaso (IEF).

6.1 Objetivo General.

El objetivo general de esta fase fue determinar las propiedades psicométricas (validez de contenido, de constructo y consistencia interna), del instrumento “Failure Appraisal Inventory” (Conroy, 2001) en población mexicana.

6.2 Método

6.2.1 Tipo de Estudio y Diseño

El presente estudio es de carácter instrumental, transversal, retrospectivo y de auto respuesta, con diseño de una sola muestra de selección no aleatoria.

6.2.2 Participantes

La muestra está compuesta por personas que radican en la república mexicana con una edad comprendida entre los 12 y 45 años, se obtuvo la respuesta de 396 personas, de las cuales 113 fueron retiradas por criterios de exclusión y/o eliminación y outliers. Por tanto, la muestra quedó conformada por 283 personas (Media de edad= 31.97 años, DE= 5.91), 82 son hombres y 201 mujeres. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

La distribución de casos y porcentajes con respecto a hombres, mujeres y muestra total de los datos sociodemográficos se pueden observar con mayor detalle en la tabla 6.1. Se puede observar una mayor participación de personas con estudios por encima de preparatoria (licenciatura 40,3%, maestría 35.3% y doctorado 16.3%). El porcentaje más alto en actividad laboral es el de las personas con trabajo de tiempo completo (36.7%). En el caso del estado civil, hay predominancia de las personas solteras 50%. La actividad deportiva es practicada por el 34.1% de la muestra y hay más personas con un IMC de peso normal (51.7%).

Tabla 6.1.

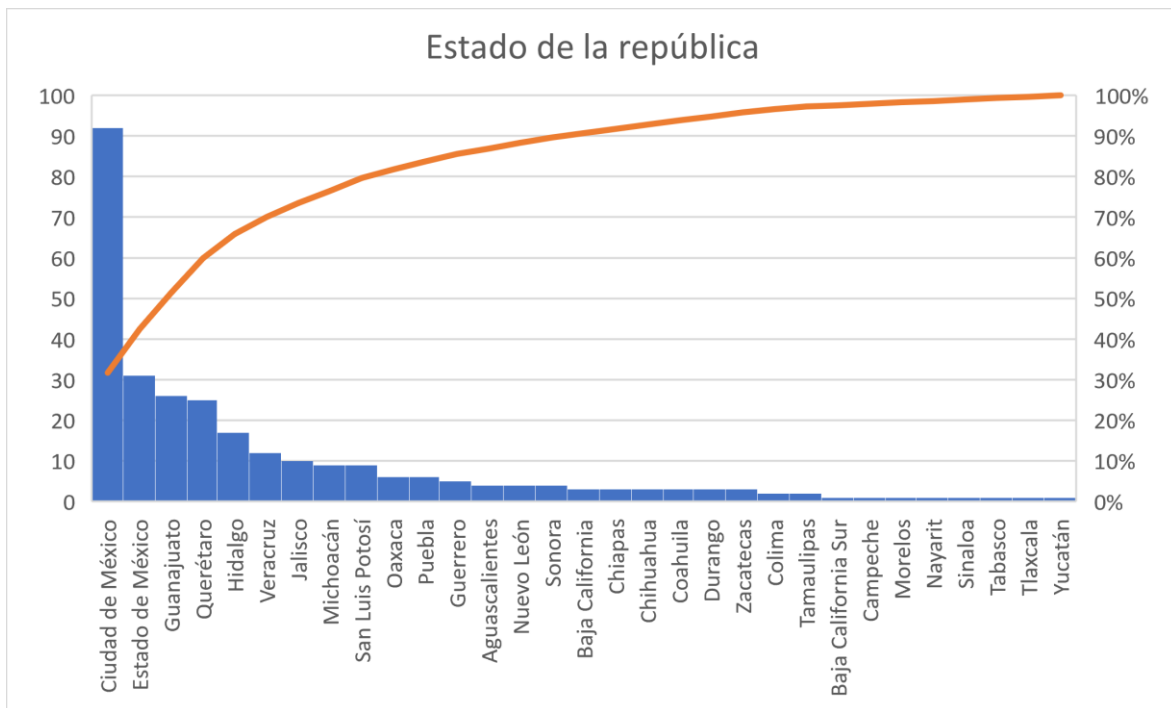
Distribución de las variables sociodemográficas por sexo y muestra total.

	Mujeres (N= 206)		Hombres (N= 84)		Muestra total	
	n	%	n	%	n	%
Grado académico						
Secundaria	1	0.5	2	2.4	3	1
Estudios Técnicos	3	1.5	1	1.2	4	1.4
Preparatoria	6	2.9	8	9.5	14	4.8
Licenciatura	87	42.2	31	36.9	118	40.7
Maestría	73	35.4	30	35.7	103	35.5
Doctorado	35	17.0	11	13.1	46	15.9
Otro	1	0.5	1	1.2	2	0.7
Estado civil						100
Casado/a	53	25.7	24	28.6	77	26.6
Unión Libre	38	18.4	13	15.5	51	17.6
Divorciado/a	10	4.9	4	4.8	14	4.8
Soltero/a	104	50.5	42	50.0	146	50.3
Separado/a	1	0.5	1	1.2	2	0.7
Situación laboral						100
Empleo de medio tiempo	28	13.6	5	6.0	33	11.4
Empleo de tiempo completo	62	30.1	45	53.6	107	36.9
Desempleo	16	7.8	5	6.0	21	7.2
Trabajo por cuenta propia	27	13.1	10	11.9	37	12.8
No trabaja	24	11.7	1	1.2	25	8.6
Trabajo y estudio	25	12.1	12	14.3	37	12.8
Otro	24	11.7	6	7.1	30	10.3
Actividad deportiva						100
Si	134	65.0	57	67.9	99	34.1
No	72	35.0	27	32.1	191	65.9
IMC						100
Bajo peso	7	3.4	1		8	2.8
Peso normal	118	57.3	32	38.1	150	51.7
Sobrepeso	59	28.6	33	39.3	92	31.7
Obesidad	22	10.7	18	21.4	40	13.8

En la figura 6.1 se puede observar la distribución de personas con respecto a la entidad federativa donde habitan, siendo evidente la mayor participación de habitantes de CDMX seguido del Estado de México, Guanajuato, Querétaro e Hidalgo.

Figura 6.1.

Distribución de entidades federativas donde habitan las personas que participaron en el estudio.



6.2.3 Criterios de Inclusión/Exclusión/Eliminación

Criterios de Inclusión:

- Edad comprendida entre 15 y 45 años.
- Radicar en la República Mexicana.
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Ausencia de problemas de salud física y psicológica.
- No aceptación del consentimiento informado.

Criterios de Eliminación:

- No seguimiento de las instrucciones y/o no contestación adecuada de los instrumentos.

6.2.4 Instrumento.

Se trabajó con el instrumento “Failure Appraisal Inventory” (FAI por sus siglas en inglés) desarrollado por Conroy et al. (2002). Desde la propuesta original el inventario contiene 25 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta que se distribuyen en 5 dimensiones: el factor 1 *temor a sentir vergüenza*, contiene 7 ítems con un alfa de Cronbach de .80; el factor 2 *temor a devaluar la propia estima*, con un alfa de Cronbach de .74; factor 3 *miedo a tener un futuro incierto*, contiene 4 ítems con un alfa de Cronbach de .80; el factor 4 *miedo a perder la estima de los otros*, contiene 5 ítems con un alfa de Cronbach de .81; y por último el factor 5 *temor de afectar a otras personas importantes*, contiene 5 ítems con un alfa de Cronbach de .78. Los autores reportan en los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que el inventario muestra buenos índices de ajuste (GFI = .98, CFI = .95, RMSEA = .04, SRMR = .09). En el presente estudio, se obtuvieron cuatro factores: Factor 1 *temor a sentir vergüenza* (alfa=.91, omega= .75); Factor 2 *miedo a tener un futuro incierto* (alfa=.96, omega= .76); Factor 3 *miedo a perder la estima de otros* (alfa= .83, omega= .75); Factor 4 *temor de afectar a otras personas importantes* (alfa=

.85, omega=75). El AFC arrojó buenos índices de ajuste (GFI = .90, CFI = .95, RMSEA = .06, SRMR = .06). Se perdió el factor miedo a perder la estima de los otros con 5 ítems.

Es importante mencionar que a nivel internacional el FAI se adaptó en diferentes países y poblaciones, en la tabla 6.2 se pueden ver con detalle los hallazgos de cada uno de estos estudios.

Tabla 6.2.

Estudios de obtención de la calidad psicométrica del FAI.

Autores	Año	País	Hallazgos
Sagar & Jowet	2010	Inglaterra	Consistencia interna de sus factores en un rango de 0.70 - 0.81. Índices de bondad de ajuste: χ^2 /gl 3.09, CFI 0.87, NNFI 86, SRMR 0.07 y RMSEA 0.06.
Abdoli et al.	2013	Iran	Consistencia interna en un rango de 0.46 a 0.87.
Kahraman & Sungur	2016	Turquía	Índices de bondad de ajuste: SRMR 0.070, RMSEA 0.087, CFI 0.957, NNFI 0.951; el rango de la consistencia interna es de 0.70 a 0.86; validez convergente se obtuvo con una correlación canónica de 0.36 con el cuestionario de metas al logro. Análisis Factorial de Invarianza por género con un $\Delta CFI \leq 0.01$. Índices de bondad de ajuste: χ^2 146.63, B-S p < 0.001, χ^2 /gl 2.19, PCFI 0.70, PGFI 0.60, CFI 0.96, GFI 0.94 y RMSEA 0.06. Consistencia interna con un rango de 0.75 a 0.79. El modelo de invarianza con una χ^2 sin diferencias significativa, lo mismo el CFI. Validez convergente con correlación positiva en escalas que miden la interrupción de la concentración, ansiedad somática, preocupación y ansiedad deportiva.
Correia et al.	2016	Portugal	Índices de bondad de ajuste: χ^2 /gl 3.05, RMSEA 0.06, CFI 0.93 y TLI 0.92.
Holic	2018	Rumania	Consistencia interna de sus dimensiones con un rango de 0.81 a 0.88. Como validez convergente hay correlación positiva significativa entre los puntajes del FAI y el Test Anxiety Inventory.
Rawat	2019	India	Consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.89; no se reporta ningún tipo de validez.
Henschel & Iffland	2021	Alemania	Consistencia interna: alfa de Cronbach de 0.77 a 0.93, el omega total de McDonald de 0.80 a 0.94 y omega jerárquica de 0.72 a 0.89. Índices de bondad de ajuste: RMSEA 0.08, SRMR 0.08, CFI 0.91, GFI 0.86, NNFI 0.89 y AIC 21,516.16 cuando el modelo es bifactorial, y RMSEA 0.07, SRMR 0.07, CFI 0.89, GFI 0.84, NNFI 0.88 y AIC 21,573.63 cuando el modelo correlaciona los cinco factores.
Henry et al.	2021	Estados Unidos	Índices de bondad de ajuste en una estructura de cinco factores: RMSEA 0.04, CFI 0.96, SRMR 0.019 y con 4 factores: RMSEA 0.05, CFI 0.954 y SRMR 0.023.

6.2.5 Procedimiento.

Como un primer paso el FAI fue sometido al proceso de doble traducción (inglés/español, español/inglés) con expertos en idioma inglés. Ya obtenida la versión en español se formaron grupos de personas con el fin de aplicar laboratorios cognoscitivos, esto con el propósito de evaluar la comprensión de las instrucciones y preguntas que están incluidas en el IEF (por sus siglas en español). Ya obtenida la retroalimentación se realizaron las modificaciones necesarias.

Como un siguiente paso del proceso, se propuso obtener la validez de contenido por medio de jueceo, para lo cual se contactó a seis expertos relacionados con el estudio clínico y de la salud en psicología. Los criterios evaluados fueron: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. El formato que se mandó a cada uno de los jueces se puede ver en el Anexo 1.

Al obtener la retroalimentación de cada uno de los expertos se analizaron los resultados y se elaboró la versión final del IEF con 27 ítems que se aplicó en esta fase de la investigación. El inventario se subió a la plataforma Google Forms (<https://forms.gle/oFKnQL9cgCTHBxZQ8>) ya que se decidió aplicar por vía remota, esto debido a que el estudio se desarrolló durante las restricciones sociales promovidas por la pandemia de Covid- 19 (SARS-CoV-2). Por tanto, la liga se distribuyó por medio de redes sociales (Instagram, Facebook y WhatsApp). Al obtener el consentimiento informado (el formato de éste se puede observar en el anexo 2), el software permitía la contestación del IEF, en caso contrario el formulario se terminaba. Los datos se organizaron de manera automática en una plantilla de Excel para su posterior limpieza y preparación para el análisis. Es importante mencionar que para garantizar los cuidados éticos del trabajo el desarrollo del proyecto se fundamentó con la Ley General de Salud, el Código de Ética del Psicólogo, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; además, de ser avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM.

6.2.6 Análisis estadístico.

Se utilizó el SPSS versión 21 y AMOS 21 (IBM, MÉXICO). Se aplicó estadística descriptiva para el análisis de las distribuciones de cada variable sociodemográfica y se utilizó pruebas t de student para diferenciar las medias del IEF (VD) por sexo (VI).

Para la obtención de la variabilidad y normalidad de las respuestas se utilizó el análisis de frecuencias y se excluyeron los formularios de 7 participantes que presentaron datos outliers. En el caso de la obtención de la validez de contenido se utilizó la V de Aiken y el coeficiente de Kendall. La validez de constructo se obtuvo por medio del Análisis Factorial, por tanto, la muestra total fue dividida en dos de manera aleatoria (para poder llevar a cabo el AFE y AFC). A pesar de que el FAI cuenta con una estructura factorial ya probada en otros estudios, aún se desconoce si ésta es aplicable en poblaciones mexicanas o incluso de latinoamericana, por tanto, se propuso hacer un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para observar el comportamiento de los datos. Como método de extracción se utilizó cuadrados mínimos generalizados y el tipo de rotación fue VARIMAX. Ya obtenido el AFE se utilizó el AFC. Es importante mencionar que uno de los criterios para poder desarrollar el AFC, es garantizar que haya normalidad multivariada por tanto se utilizó el coeficiente de Mardia < 70 . En el caso del AFC se utilizó el método de máxima verosimilitud y se obtuvieron los índices de bondad de ajuste. También se recurrió a la aplicación del Análisis de Invarianza Factorial con respecto al género. Para la obtención de la consistencia interna de cada uno de los factores y del instrumento total se utilizó alfa de Cronbach y Omega. Se exponen juntos los valores de alpha y omega, dado que este último es más estricto y si aun así alcanzara un valor alto se tendría mayor confianza en los resultados de confiabilidad.

6.3 Resultados.

6.3.1 Variables Sociodemográficas.

La muestra final de participantes una vez eliminados los casos por incumplimiento de criterios establecidos es de N = 290 (31.97 años, DE= 5.91) con un 29% de hombres y 71% de mujeres. Se llevó a cabo la comparación de medias por medio de la t de student de muestras independientes (ver tabla 6.3). Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la medida del IEF.

Tabla 6.3.

Diferencias del IEF por sexo.

SEXO	N	Media de puntaje total del IEF	t	Significancia
Hombres	82	38.71	3.24	0.001
Mujeres	201	50.43		

En la tabla 6.4 se pueden observar los casos y porcentajes de la carga de actividad física y número de horas que dedican las personas evaluadas. La baja actividad se determinó con la afirmación de la siguiente aseveración: *por cualquier razón, permaneces mucho tiempo sentado, de pie, acostado.* Actividad física regular: *caminas para desplazarte de un lugar a otro, bajas y subes escaleras, sales de compras.* Actividad física alta: *además de las actividades señaladas en B, corres, bailas, brincas, juegas.* Para determinar si hay diferencias en el IEF (VD) con respecto a cada variable sociodemográfica (VI) se utilizó ANOVA. Casi en todas no se observaron diferencias significativas, a excepción de la actividad laboral, donde hubo diferencias

significativas en personas que cuentan con un empleo de medio tiempo y aquellos que tienen condición de desempleo.

Tabla 6.4.

Actividad física y ejercicio en hombres y mujeres.

	Hombres %	Mujeres %
Baja Actividad Física	25.9	39
Actividad Física Regular	42.8	47.6
Actividad Física Alta	31.3	13.4
Hace ejercicio de 0 a 3 horas a la semana	70.7	55.2
Hace ejercicio de 4 a 6 horas a la semana	20.7	28.9
Hace ejercicio de 7 a 9 horas a la semana	6.1	12.4
Hace ejercicio más de 10 horas a la semana	2.4	3.5

6.3.2 Validez de Contenido.

Para la obtención de evidencia de contenido se obtuvo la V de Aiken para cada criterio (suficiencia - .95, claridad - .93, coherencia - .94 y relevancia - .90). En la tabla 6.5 se pueden ver con detalle el puntaje de V de Aiken de cada ítem por cada criterio (a excepción de suficiencia que solo evalúa las características de la dimensión). La W de Kendall fue significativa (W= .245 p =.001.)

Tabla 6.5.*Puntaje Aiken por cada reactivo y rubro.*

		Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
Miedo a experimentar vergüenza o pena	<i>item10</i>	0.83	0.66	0.66	
	<i>item15</i>	1	0.72	0.77	
	<i>item18</i>	1	1	1	
	<i>item20</i>	0.89	0.89	0.72	0.94
	<i>item22</i>	0.94	1	1	
	<i>item24</i>	1	1	1	
	<i>item25</i>	1	1	1	
Miedo a devaluar la autoestima	<i>item1</i>	0.88	0.88	0.88	
	<i>item4</i>	1	1	1	0.88
	<i>item7</i>	0.72	0.88	0.88	
	<i>item16</i>	1	0.72	0.77	
Miedo a tener un futuro incierto	<i>item2</i>	1	1	1	
	<i>item5</i>	1	0.94	0.9	0.94
	<i>item8</i>	1	1	0.88	
	<i>item12</i>	0.94	1	1	
	<i>item11</i>	0.72	1	1	
Miedo a perder el interés del otro	<i>item13</i>	1	1	1	
	<i>item17</i>	0.94	1	1	1
	<i>item21</i>	0.94	1	0.94	
	<i>item23</i>	0.83	0.94	0.94	
	<i>item3</i>	1	1	1	
Miedo a afectar a personas importantes	<i>item6</i>	1	0.94	0.9	
	<i>item9</i>	0.94	0.88	0.94	1
	<i>item14</i>	1	0.94	0.94	
	<i>item19</i>	1	1	0.88	

6.3.3 Análisis Factorial Exploratorio.

Para la obtención de la validez de constructo se aplicó primero el AFE, es importante mencionar que, tras revisar detalladamente la base de datos, 7 personas fueron excluidas del estudio, debido a que sus respuestas fueron outliers, por tanto, la muestra quedó conformada por 283 personas. Para el AFE se utilizó el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados con rotación VARIMAX, debido a que las correlaciones entre ítems fueron $<.7$. Los criterios para la formación de factores fueron:

- a) Cargas factoriales $\geq .40$.
- b) Agrupación en factores relacionados con la propuesta teórica.

c) Contar con ≥ 3 ítems.

Los resultados del AFE muestran un Inventario compuesto por 17 ítems distribuidos en 4 dimensiones (ver tabla 6.6): Factor 1 - *miedo a experimentar vergüenza* con 5 ítems (alfa de Cronbach = .86, Omega = .80); Factor 2 - *miedo a tener un futuro incierto* con 4 ítems (alfa de Cronbach = .89, Omega = .82); Factor 3 - *miedo a perder el interés de otros* con 4 ítems (alfa de Cronbach = .90, Omega = .81) y Factor 4 - *miedo a afectar a personas importantes* con 4 ítems (alfa de Cronbach = .81, Omega = .76). El indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin es muy bueno (.905) y la prueba de esfericidad de Bartlett's es significativa (1814.315, gl= 136, Sig.= .001). La varianza explicada es de 68%.

Tabla 6.6.

Análisis Factorial Exploratorio del IEF.

	Factores formados por los ítems del Instrumento de Evaluación al Fracaso AFE				
	1	Factor			
	2	3	4		
21. Cuando no tengo éxito, creo que las personas pierden su interés en mí.	0.759				
11. Cuando no demuestro éxito ante los demás, pienso que pierden el interés en mí	0.723				
13. Cuando fallo, parece que las personas tienen menos interés en ayudarme.	0.721				
23. Creo que las demás personas me valoran dependiendo de mis éxitos	0.599				
17. Cuando no tengo éxito, las personas tienden a aislarme.	0.564				
12. Cuando fracaso, me preocupa que esto afecte mis objetivos en el futuro		0.846			
26. Cuando fracaso, me preocupa que esto afecte mi futuro.		0.834			
2. Cuando algo no me sale bien, dudo de mi futuro.		0.685			
5. Cuando las cosas salen mal, se estropean mis planes a futuro.		0.573			
20. Me avergüenza que las personas vean cuando me equivoco/fracaso.			0.883		
18. Cuando fracaso, me da vergüenza que los demás lo noten.			0.805		
24. Cuando fallo, me preocupa lo que los demás piensen de mí.			0.601		
15. Cuando pierdo, me escondo para que no me juzguen.			0.598		
19. Cuando fallo, creo que decepciono a mis seres queridos.				0.745	
9. Cuando algo importante me sale mal, pierdo la confianza de mis seres queridos.				0.703	
3. Cuando fracaso en algo, creo que mis seres queridos se enojan.				0.645	
14. Me preocupa que mis fallos/equivocaciones, afecten la felicidad de mis seres queridos.				0.559	
	Alfa de Cronbach	.86	.89	.90	.81
	Omega	.80	.82	.81	.76

6.3.4 Análisis Factorial Confirmatorio.

En el AFC fue realizado con el método de máxima verosimilitud y rotación VARIMAX. Se confirmó la existencia de los 4 factores que se obtuvieron en el AFE, en este caso fueron 18 ítems los que formaron este modelo. El indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin es muy bueno (.928). La prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (3609.618, gl= 153, Sig.= .001). La varianza de la estructura del IEF explica un 65.54%. Los reactivos distribuidos en sus respectivos factores y la consistencia interna (alfa y omega) se observan en la Tabla 6.7. En la figura 6.2 se puede ver el modelo resultante con sus índices de bondad de ajuste, observando que sólo el índice SRMR no ajustó favorablemente al valor esperado.

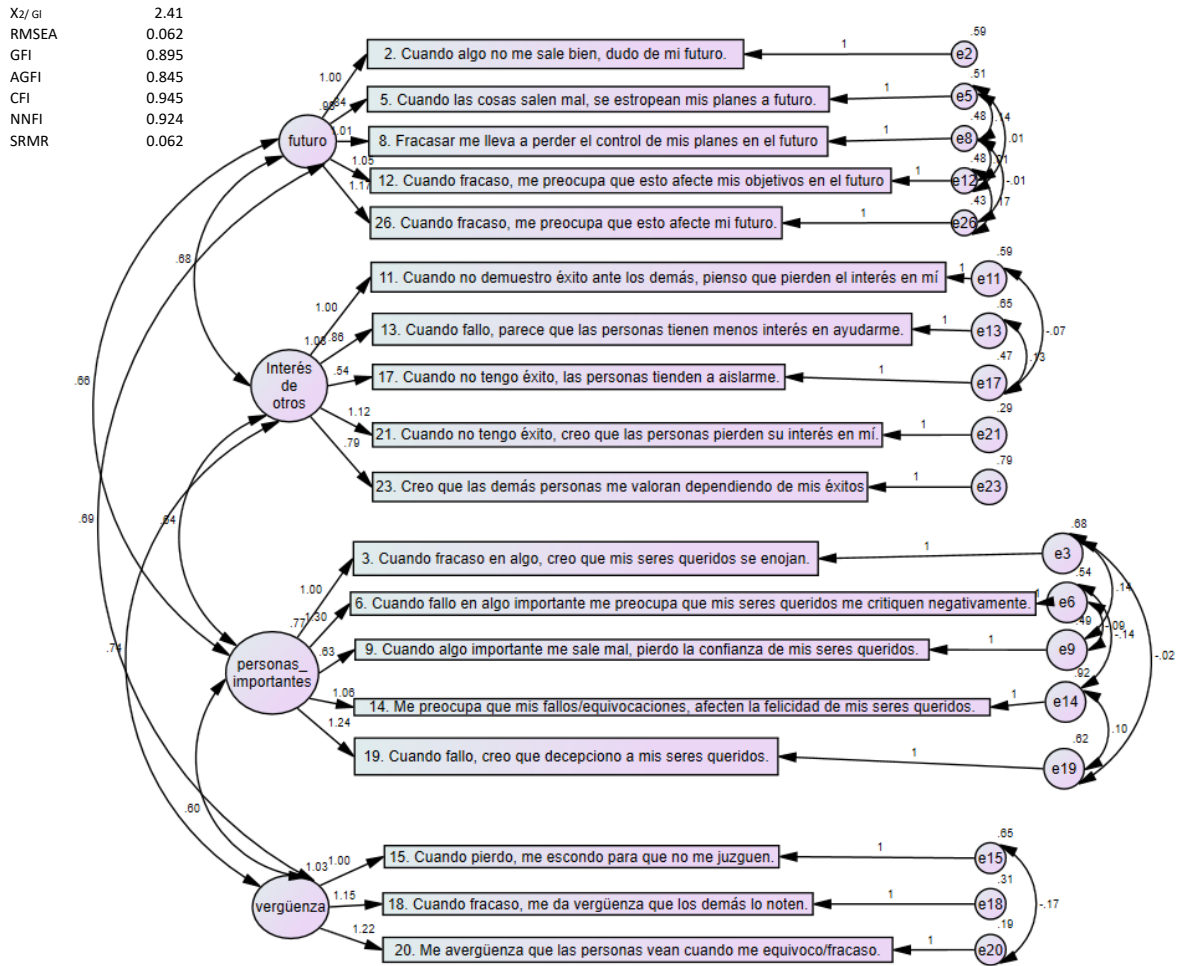
Tabla 6.7.

Análisis Factorial Confirmatorio del IEF.

Factores formados por los ítems del Instrumento de Evaluación al Fracaso AFC				
	Factor			
	1	2	3	4
12. Cuando fracaso, me preocupa que esto afecte mis objetivos en el futuro	0.813			
26. Cuando fracaso, me preocupa que esto afecte mi futuro.	0.809			
2. Cuando algo no me sale bien, dudo de mi futuro.	0.652			
8. Fracasar me lleva a perder el control de mis planes en el futuro	0.639			
5. Cuando las cosas salen mal, se estropean mis planes a futuro.	0.63			
21. Cuando no tengo éxito, creo que las personas pierden su interés en mí.		0.734		
13. Cuando fallo, parece que las personas tienen menos interés en ayudarme.		0.668		
11. Cuando no demuestro éxito ante los demás, pienso que pierden el interés en mí		0.643		
23. Creo que las demás personas me valoran dependiendo de mis éxitos		0.596		
17. Cuando no tengo éxito, las personas tienden a aislarme.		0.551		
3. Cuando fracaso en algo, creo que mis seres queridos se enojan.			0.673	
19. Cuando fallo, creo que decepciono a mis seres queridos.			0.652	
6. Cuando fallo en algo importante me preocupa que mis seres queridos me critiquen negativamente.			0.621	
9. Cuando algo importante me sale mal, pierdo la confianza de mis seres queridos.			0.618	
14. Me preocupa que mis fallos/equivocaciones, afecten la felicidad de mis seres queridos.			0.529	
18. Cuando fracaso, me da vergüenza que los demás lo noten.				0.804
20. Me avergüenza que las personas vean cuando me equivoco/fracaso.				0.799
15. Cuando pierdo, me escondo para que no me juzguen.				0.517
Alfa de Cronbach	.91	.86	.85	.91
Omega	.83	.77	.76	.75

Figura 2.

Modelo derivado del AFC.



6.3.5 Análisis Factorial de Invarianza.

Para el análisis de invarianza de acuerdo con el género, se desarrolló un AFC multi-grupo con el método de restricciones escalonadas (step-up constraints method). De inicio se probó el modelo de invarianza de configuración, los índices obtenidos (CFI=.932; RMSEA= .061; $\chi^2/gf= 2.049$) muestran un buen ajuste. En seguida se probó el modelo 2 (M2) restringiendo la carga

factorial para probar si hay evidencia de invarianza entre hombres y mujeres. Los índices mostraron un buen ajuste en este modelo y al compararlo con el M1, el ΔCFI fue < 0.01 y el $\Delta RMSEA < 0.015$ y $\Delta\chi^2$ no fue significativo ($p > .05$), mostrando evidencia de invarianza. Sin embargo, en la prueba del modelo de invarianza escalar (M3), al restringir los interceptos y las cargas factoriales, con el fin de probar que los grupos (por sexo) fueran iguales, a pesar de mostrar buenos índices de ajuste, no se registró invarianza (hay cambios significativos en CFI y RMSEA, sin embargo, χ^2 es significativa). En la invarianza estricta (M4), se restringió la varianza/covarianza de error, además de las cargas factoriales y los interceptos, ajustando adecuadamente. Pero, al compararlo con el M3, se registran buenos datos (el ΔCFI fue < 0.01 y el $\Delta RMSEA < 0.015$), sin embargo $\Delta\chi^2$ fue significativa, por tanto, no hay evidencia de invarianza. Por último, en el Modelo 5 (Invarianza /covarianza estructural), hay evidencia de buen ajuste, y comparándolo con el M2 no hay cambios en CFI Y RMSEA, sin embargo, la χ^2 fue significativa (ver tabla 6.8).

Tabla 6.8.

Análisis de Invarianza del IEF.

Modelo	χ^2 (gl)	χ^2 /gl	CFI	RMSEA (IC 90%)	Comparación	$\Delta\chi^2$	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
M1. Invarianza de configuración (línea base)	475.289 (232)	2.049	0.932	0.061 (.053 - .069)	(IC 90%)	$p > 0.05$	≤ 0.01	≤ 0.015
M2. Invarianza métrica o débil (λ restringidas)	491.681 (246)	1.999	0.931	0.06 (.052 - .067)	M2 vs M1	16.392 (14), $p = .290$	-0.001	-0.001
M3. Invarianza escalar o fuerte (λ y τ restringidos)	546.06 (264)	2.068	0.921	0.062 (.054 - .069)	M3 vs M2	54.379 (18), $p = .000$	-0.01	0.002
M4. Invarianza estricta (λ y τ y θ restringidos)	611.117 (305)	2.004	0.914	0.06 (.053 - .067)	M4 vs M3	65.057 (41), $p = .010$	-0.007	-0.002
M. 5 Invarianza estructural (Factor Varianza y covarianza)	558.698 (274)	2.039	0.92	0.061 (.054 - .068)	M5 vs M2	67.017 (28), $p = .001$	-0.011	0.001

6.4 Discusión

El objetivo de esta primera fase del estudio fue la adaptación a población mexicana y evaluación de la calidad psicométrica (validez y confiabilidad) del FAI. De acuerdo con la literatura puede afirmarse que este es el primer estudio en el que se aplica este instrumento en población mexicana, abordando un constructo poco estudiado y de potencial relevancia en áreas tales como el deporte, la academia y la salud en general. Desde el inicio se propuso el seguimiento de un procedimiento de validación recurriendo a la aplicación de laboratorios cognoscitivos con el propósito de garantizar equivalencia de significado de las instrucciones y de los ítems entre los participantes. Se llevó a cabo un análisis de validez de contenido y se obtuvo la validez de constructo por medio del AFE, AFC y análisis factorial de invarianza. También, se proporcionó información con respecto a la consistencia interna por medio de alfa de Cronbach y omega.

Los datos sociodemográficos demuestran que hubo mayor participación de mujeres en este estudio, además de personas con estudios por encima de preparatoria (el 91.9%). Con respecto al sexo es importante mencionar que se encontraron diferencias significativas con relación a las respuestas dadas al IEF, ya que las mujeres mostraron tendencia a un mayor temor a fracasar en general (tabla 6.2). A pesar de que las investigaciones que han abordado el estudio de este constructo no han tenido interés en reportar estas diferencias, se propone en este trabajo indagar más en futuros estudios, y en caso de confirmar esta tendencia de respuesta diferente entre sexos, evaluar qué variables y cómo influyen en las mujeres de tal manera que perciben más temor al fracaso. Se evaluó también la práctica de la actividad física, del ejercicio y del deporte realizado por los participantes de la muestra. La actividad física es practicada mayoritariamente de manera moderada, mientras que el ejercicio, aproximadamente la mitad de los participantes lo practican

poco, y un tercio responde que practica algún deporte. En ninguna de estas condiciones se encontraron diferencias significativas con respecto a los puntajes del IEF.

En el caso de los datos relacionados con la actividad laboral, la mayor parte de las personas respondieron ser laboralmente activas. Se encontró una mayor predisposición de temor a fracasar en aquellas personas que no son activas laboralmente o tienen un trabajo de medio tiempo, en comparación con personas que se auto sustentan con trabajo propio, tienen trabajo de tiempo completo o trabajan y estudian. Esto tiene sentido de correspondencia con la propuesta teórica que señala que aquellas personas insatisfechas o con baja motivación intrínseca tienen una mayor probabilidad de autoevaluarse negativamente y se predisponen a percibir mayor fracaso en su vida, y en algunos casos a evitar situaciones en donde puedan verse expuestos a sentimientos y actitudes ligadas al malestar (Elliot y Chuch, 1997; Siebrand & Kruse, 2022).

La evaluación de la validez de contenido en este estudio contempló cambios menores, sin embargo, tanto en los resultados de los laboratorios cognoscitivos y en del jueceo por expertos se consideró la inclusión de dos ítems más, además del mantenimiento de los 5 factores originales. Se obtuvieron buenos índices con respecto a la V de Aiken en cada uno de los rubros evaluados y la W de Kendall fue significativa en el índice de concordancia. A pesar de que la mayoría de los estudios prescindan de la obtención de la validez de contenido, quizá, considerando que es un instrumento con una estructura establecida previamente, en este estudio se decidió evaluar y sustentar si había cambios con respecto a las diferencias culturales y del lenguaje. Sin embargo, nuestros hallazgos son similares a los reportados por Conroy et al. (2002).

En la evidencia de validez de constructo por medio del AFE y AFC puede afirmarse que se obtuvo un instrumento adaptado a personas mexicanas, con altas cargas factoriales, con más de la mitad de la varianza explicada y con valores psicométricos e índices de ajuste aceptables. Este

instrumento adaptado, comparado con el original (FAI) quedó formado con un número menor factores (4 vs 5) y con un mayor coeficiente de confiabilidad ($\alpha = .94$ vs. $.91$). Comparado con otros instrumentos validados en poblaciones distintas, estos resultados se contraponen con lo reportado por diversos investigadores, en los que se confirma una estructura de cinco factores. Por ejemplo, las versiones: turca (Kahraman & Sungur, 2016), portuguesa (Correia et al., 2016) y rumana (Holic, 2018), reportaron los mejores hallazgos con respecto a la consistencia interna y los índices de bondad de ajuste, sin embargo, las versiones; inglesa (Sagar & Jowett, 2010) y alemana (Henschel & Iffland, 2021) resultaron con problemas en los índices de bondad de ajuste, no obstante, su consistencia interna es buena. En el caso de Abdoli et al. (2013) se obtuvieron alfas bajas (.46), demostrando una consistencia interna deficiente. Por otro lado, resulta interesante señalar que el factor que se excluyó por medio del AFE y AFC en este estudio, “temor a devaluar la propia estima” concuerda con lo reportados por Henry et al. (2021) en población estadounidense, quienes señalan, además, el mismo número de factores encontrados y la exclusión del mismo factor (3) evaluadas en el mismo estudio, los autores reportan que en las entrevistas hechas a una parte de la muestra del estudio, refieren que las palabras utilizadas en los ítems del factor excluido son confusas y tendenciosas.

En la muestra de este estudio creemos que la exclusión del factor “temor a devaluar la propia autoestima” puede tener dos explicaciones. Por un lado, es importante modificar los reactivos que plantean los problemas de la propia estima como causas del temor al fracaso, esto debido a que la propuesta teórica en la que se basa el desarrollo del inventario hace referencia a que la personas tienden a temer al fracaso debido a las consecuencias que vienen de éste, por tanto, en los ítems, la percepción de falla o falta de éxito deben preceder a las dificultades de perder o afectar la propia estima y no al revés. Por otro lado, es válido reevaluar si la teoría propuesta por

Conroy et al. (2002) es aplicable en nuestra población, y plantear la idea de que la autoestima expresada en la versión original del FAI no se ve representada cognitivamente y emocionalmente en los participantes. Es innegable que la auto-estima (temor a devaluar la propia estima en el inventario) tiene una gran relevancia como variable asociada a diversos problemas psicosociales y clínicos. Además, la mayoría de los estudios que trabajaron con el FAI mantienen ese factor como parte de la evaluación del fracaso. Por ello creemos que en futuros estudios debe haber una reevaluación para ser contemplada como parte del IEF, no sin antes llevar a cabo una revisión de la literatura detallada de estudios en población mexicana y llevar a cabo grupos focales que retroalimenten el contenido de los ítems que deberían estar incluidos en esta dimensión.

Adicionalmente se destaca que esta versión del inventario en población mexicana mostró altas cargas factoriales, además, tanto en el AFE como en el AFC la varianza explicó la mitad del modelo, los índices de ajuste fueron similares o cercanos a los de la prueba original y la consistencia interna de los factores y el inventario total son considerados con muy buenos valores. Sin embargo, es menester indicar que hay una gran cantidad de covarianzas de error y esto puede indicar que este modelo puede ser mejorado en estudios futuros.

Finalmente se utilizó el análisis factorial de invarianza para determinar si el IEF es aplicable en ambos sexos. En el nivel de invarianza de configuración o línea base se encuentra la misma estructura en ambos grupos, los resultados mostraron invarianza a nivel de las cargas factoriales, lo que implica la medición más débil en este tipo de análisis, por lo que se propone trabajar en la adecuación de los ítems y así asegurar que el FAI permita detectar el constructo temor al fracaso independientemente del género al que pertenezcan los participantes, o en su caso, confirmar que hay diferencias entre hombres y mujeres. Como consideración final sostenemos que hay dificultad para identificar qué efectos e influencia tuvo la pandemia por SARS-CoV-2

sobre las respuestas emitidas por los participantes, por tanto, la propuesta es que se pueda replicar este estudio cuando las condiciones de salud lo permitan.

Capítulo 7. Estudio 2: Modelamiento Estructural

7.1 Objetivo General.

El objetivo central de esta segunda fase fue determinar qué papel juegan las variables psicológicas: afecto, temor al fracaso, regulación emocional y perfeccionismo con relación a la variable independiente (práctica deportiva) y la variable dependiente (factores de riesgo de TA). El objetivo terminal es aportar un modelo estructural predictivo óptimo que de cuenta de los objetivos y responda a las preguntas planteadas.

7.2 Objetivos Secundarios.

Identificar la magnitud y dirección de las variables psicológicas y probar el papel mediador o interviniente de éstas. Así como las relaciones e interrelaciones que se establecen entre las variables independientes, mediadoras y dependientes. Además, se buscó comparar entre los diferentes grupos (sexo, actividad deportiva y nivel de riesgo alimentario) las variables psicológicas propuestas.

7.3 Método

7.3.1 Tipo de Estudio y Diseño de Investigación.

El tipo de estudio es de carácter transversal, retrospectivo, con diseño de dos muestras de selección no aleatoria.

7.3.2 Descripción de las modalidades de la variable independiente (VI).

-Disciplina Deportiva: Actividad deportiva orientada y estructurada con el fin de obtener de manera lúdica y/o competitiva logros con base en reglas previamente establecidas (Rodríguez, 2006).

-Grupo de deportes: Conjunto de deportes pertenecientes a una categoría que comparten una o varias características dentro del sistema de reglas, lineamientos, ejecución y/o puntuación (Rodríguez, 2006).

-Deportes colectivos de pelota: se caracteriza por la utilización de una pelota o balón dentro de un terreno, cancha o campo, donde la ejecución de sus participantes se produce en condiciones de interrelación, interdependencia y colaboración para la culminación de los objetivos del juego. Cuentan con un carácter táctico de defensividad y ataque. Los deportes más comunes en esta clasificación son: fútbol, beisbol, basquetbol, voleibol, tenis, hockey sobre pasto, handball y fútbol (Gutiérrez, 1998).

-Deporte de combate o contacto: De acuerdo con Visotzky (2010), se divide en 3 categorías:

- *Golpeadores:* Los golpeadores son aquellos que utilizan golpes para lograr la victoria, ya sea por puntaje o por nocaut, los deportes que se encuentran en esta categoría son: Tae Kwon Do, Boxeo, Kick Boxing, Muay Thain, entre otros.
- *Agarradores:* tiene prohibido utilizar cualquier tipo de estrategia que implique un golpe de impacto, y vale de técnicas como: palancas, tomas, trabas, llaves, sometimientos, derribes, etc., para dominar y someter al oponente. Estos son: Judo, Brazilian Jiu-Jitsu, Lucha Libre entre otros.
- *Combinados:* pueden utilizar los golpes y los “agarres” con el propósito de obtener los mejores resultados en su desempeño: los deportes aquí implicados son: San Da, San Shou, MMA, Pancrase, Shootfighting y otros más.

-Deportes de arte competitivo: de acuerdo con Lanier (1993) los deportes que engloban el grupo de deportes de arte competitivo son: gimnasia rítmica, artística, aeróbica, nado sincronizado, clavados, patinaje artístico, tiro deportivo con arma, tiro con arco, ajedrez, equitación y se caracterizan por la exigencia de exactitud, las ejecuciones técnicas son evaluadas por jueces, suelen ser colectivas o individuales y exige una alta calidad en la ejecución motora y coordinación neuromuscular. Estos deportes se dividen en deportes de estética y deportes de tiro.

-Deportes de resistencia: deportes que se caracterizan en gran medida por el costo de energía para mantener una velocidad de carrera determinada y por la producción de potencia máxima sostenida para una distancia de competencia dada (Mujika, 2017). Entre los deportes más comunes que lo integran se encuentran: corredores de fondo, maratón, triatlón, ciclismo, natación, entre otros.

-Deportes de fuerza: Deportes que se caracterizan por la capacidad de generar potencia y fuerza muscular explosiva con el fin de alcanzar un objetivo específico (Slater & Phillips, 2013). Entre los deportes que lo integran están: levantamiento de pesas, lanzamiento de jabalina, lanzamiento de bala, entre otros.

7.3.3 *Definición conceptual de las variables intervinientes.*

-Afecto negativo: Tendencia temperamental de un individuo a las emociones negativas. Suele estar relacionado con emociones tales como: tristeza, ansiedad, hostilidad, culpa, e insatisfacción (Robles & Paez, 2003).

-Temor al fracaso: es un temor que se percibe como catastrófico o excesivamente desagradable, teniendo como origen la vergüenza del escrutinio de las personas que lo rodean, ya sea de manera real o imaginaria, en el caso de que el sujeto falle o cometa errores en la búsqueda de sus objetivos (McGregor & Elliot, 2005). Los componentes del temor al fracaso son:

- *Miedo a tener un futuro incierto:* Tendencia a percibir el futuro como negativo o que este será afectado debido a no tener éxito o experimentar fracaso en las actividades en las que la persona se desempeña.
- *Miedo a perder la estima de otros:* Tendencia a creer que fracasar afectará la relación que tiene con otros o será aislado de ellos.
- *Temor de afectar a otras personas importantes:* Tendencia a pensar que el fracaso o la falla tendrá consecuencias desagradables o negativas en personas cercanas o seres queridos.

- *Temor a sentir vergüenza*: Pensamiento enfocado en la idea que fracasar generará sensación de humillación, vergüenza o pena, sobre todo cuando los demás se dan cuenta de ello.

-Regulación emocional: procesos que median entre la forma en la que las personas viven, experimentan o expresan sus emociones, y el incremento, mantenimiento o disminución de la experiencia subjetiva de éstas (Extremera & Rey, 2014).

-Perfeccionismo: tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Flett & Hewitt, 2002).

- *Preocupación por los errores*: Existe una preocupación excesiva por los errores y el fracaso en diferentes áreas de la vida. Tiene una influencia negativa en el estado emocional.
- *Organización*: Existe una preocupación o énfasis en la importancia del orden y la organización.
- *Indecisión de acción*: Tendencia a dudar excesivamente sobre la calidad del propio desempeño.
- *Estándares Personales*: Tendencia a marcarse uno mismo metas excesivamente elevadas y dar un peso excesivo a las mismas, suele influir en las emociones.
- *Expectativas paternas*: Percepción de que los propios padres tienen expectativas elevadas sobre uno mismo

7.3.4 Definición operacional de las variables intervinientes.

-Afecto: Puntuación obtenida con el instrumento PANAS (Watson et al., 1988).

-Temor al fracaso: Puntuación obtenida con el Inventario de evaluación del fracaso (Conroy et al., 2002).

-Regulación emocional: Puntuación obtenida con el instrumento DERS (Gratz & Roemer, 2004).

-Perfeccionismo: Puntuación obtenida con la Escala Multidimensional de Perfeccionismo MPS (Hewitt & Flett, 1991).

7.3.5 Definición conceptual de la variable dependiente.

- Factores de riesgo de TA: variables o atributos psicológicos asociados con comportamientos alimentarios, prácticas compensatorias, actitudes sobre la imagen corporal y el desarrollo biológico, que favorecen el desarrollo de TA (Platas-Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013).

- *Conducta alimentaria compulsiva:* Comer en poco tiempo, cantidades más grandes de comida de las que la mayoría de las personas comerían en una situación similar.
- *Restricción alimentaria:* Tendencia por aplazar, disminuir o evitar la alimentación, además de buscar alimentos con bajo contenido energético con el fin del control de peso.

- *Preocupación por el peso y la comida:* Sentimientos desagradables relacionados con la conducta alimentaria acompañados de comportamientos realizados para evitar la ganancia de peso.
- *Atribución externa:* Creencia que sustenta que el comportamiento alimentario está determinado por situaciones externas y no por la misma persona.
- *Conducta alimentaria normal:* Actitudes, creencias y comportamientos relacionados con el seguimiento de hábitos requeridos para una alimentación saludable y selección de alimentos nutritivos (Platas-Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013).

7.3.6 *Definición operacional de la variable dependiente.*

- **Conducta alimentaria compulsiva:** Puntaje del factor 1 del EFRATA
- **Restricción alimentaria:** Puntaje del factor 2 del EFRATA
- **Preocupación por el peso y la comida:** Puntaje del factor 3 EFRATA
- **Atribución externa:** Puntaje del factor 4 EFRATA
- **Conducta alimentaria normal:** Puntaje del factor 5 EFRATA (Platas-Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013).

7.3.7 *Hipótesis de Trabajo.*

Se plantearon siete hipótesis de trabajo con respecto a la revisión de la literatura. En el anexo 3 se pueden observar de manera detallada.

7.3.8 *Participantes.*

Se recabaron las respuestas de 220 personas que viven en la república mexicana. Se retiraron del estudio a 9 personas de acuerdo con los criterios de exclusión previamente establecidos. La muestra final fue de N=209 personas con un rango de edad de 15 a 50 años (Medad= 31.16 DE= 8.5) con 143 mujeres y 66 hombres. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

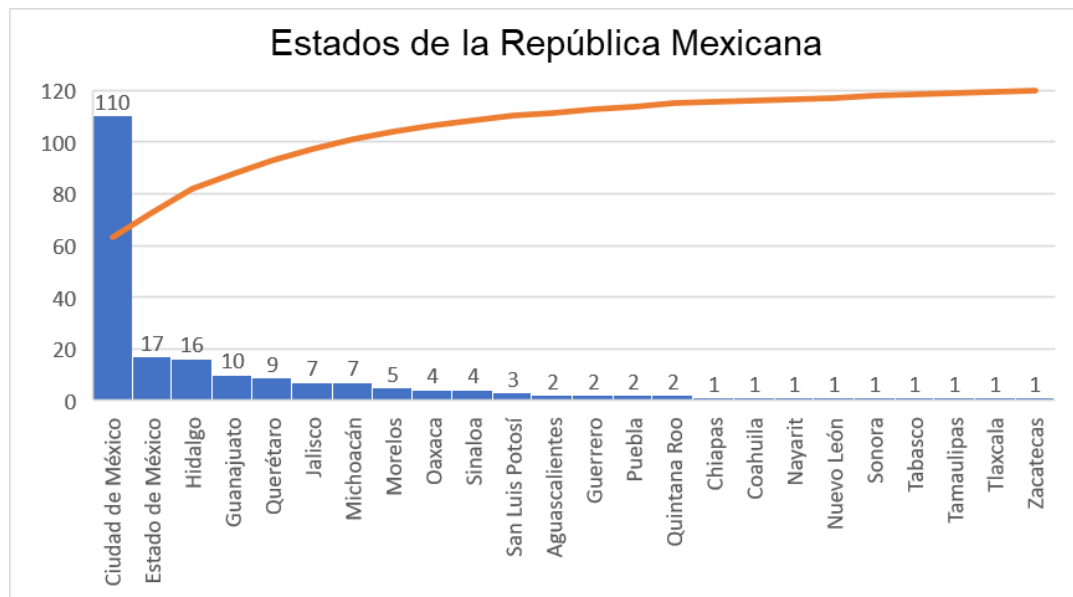
La muestra quedó conformada por N= 209 personas, un 68.4% son mujeres (Medad= 31.78 DE = 8.65) y 31.6% hombres (Medad= 29.82 DE = 8.08). En la tabla 7.1 se puede observar la distribución de casos y porcentajes con respecto a hombres, mujeres y muestra total de las variables sociodemográficas, además en la figura 7.1 se encuentra la distribución de los participantes en cada entidad federativa.

Tabla 7.1.*Tabla de distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.*

	Mujeres		Hombres		Muestra total	
	n	%	n	%	n	%
Grado académico						
Primaria	5	3.5	5	7.6	10	4.8
Secundaria	20	14	11	16.7	31	14.8
Preparatoria	5	3.5	1	1.5	6	2.9
Licenciatura	67	46.9	28	42.4	95	45.5
Maestría	36	25.1	17	25.8	53	25.4
Doctorado	10	7	3	4.5	13	6.2
Otro	0	0	1	1.5	1	0.5
Total	143	100	66	100	209	100
Estado civil						
Casado	45	31.5	9	13.6	54	25.8
Unión Libre	25	17.5	9	13.6	34	16.3
Divorciado	4	2.8	4	6.1	8	3.8
Soltero	69	48.3	44	66.7	113	54.1
Total	143	100	66	100	209	100
Situación laboral						
Empleo de medio tiempo	15	10.5	4	6.1	19	9.1
Empleo de tiempo completo	34	23.8	21	31.8	55	26.3
Desempleo	12	8.4	0	0	12	5.7
Trabajo por cuenta propia	19	13.3	15	22.7	34	16.3
Solo estudio	33	23.1	17	25.8	50	23.9
Trabajo y estudio	25	17.5	8	12.1	33	15.8
Otro	5	3	1	1.5	6	2.9
Total	143	100	66	100	209	100
Actividad deportiva						
Si	64	44.8	36	54.5	100	47.8
No	79	55.2	30	45.5	109	52.2
Total	143	100	66	100	209	100
IMC						
Bajo peso	4	2.8	0	0	4	1.9
Peso normal	79	55.2	30	45.5	109	52.2
Sobrepeso	37	25.9	21	31.8	58	27.8
Obesidad I	21	14.7	14	21.2	35	16.7
Obesidad II	2	1.4	1	1.5	3	1.4
Total	143	100	66	100	209	100

Figura 7.1.

Distribución de entidades federativas donde habitan las personas que participaron en la segunda fase del estudio.



7.3.9 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Criterios de Inclusión:

- Edad comprendida entre 15 y 50 años.
- Residencia en la República Mexicana.
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Problemas de salud física y/o psicológica.
- No aceptación del consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Seguimiento inadecuado de las instrucciones de llenado de los instrumentos.

7.3.10 Instrumentos.

Es este estudio se trabajó con 5 instrumentos para recabar la información de las variables de estudio:

- Inventario de Evaluación del Fracaso (IEF) (“failure appraisal inventory”) (Conroy et al., 2002). La versión original consta de 25 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta y 5 subescalas: 1) Miedo a la vergüenza y pena con 7 ítems, alfa = .80; 2) Temor de devaluar la propia estima con 4 ítems, alfa = .74; 3) Miedo a tener un futuro incierto con 4 ítems, alfa = .80; 4) Miedo a perder la estima de otros 5 ítems, alfa = .81; 5) Temor de afectar a otras personas importantes con 5 ítems, alfa = .78. En la primera fase de esta investigación se trabajó con la versión en español adaptada a población mexicana (Guerrero-Mayorga & Gómez-Peresmitré, 2022). Los datos del AFC arrojaron 4 factores con 18 ítems, altos porcentajes de varianza explicada y valores adecuados de índices de ajuste e (GFI = .98, CFI = .95, RMSEA = .04, SRMR = .09)., obteniendo un instrumento con 4 factores y 18 reactivos, con buena consistencia

interna (Alfa= .93, Omega = .94) y buenos índices de ajuste (GFI = .90, CFI = .95, RMSEA = .06, SRMR = .06).

- **Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988)**. El PANAS consta de 20 reactivos, diez evalúan afecto positivo, y diez afectos negativos. Los reactivos describen diferentes sentimientos y emociones, la persona los califica según el grado en que los experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”. La adaptación de la versión mexicana fue llevada a cabo por Robles y Paéz (2003). Los investigadores reportan un Alfa de .85 a lo que se refiere al afecto negativo en la última semana y de .90 el afecto positivo en general.

- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)**. La versión original (Gratz & Roemer, 2004) está conformada por 36 ítems distribuidos en 6 dimensiones: 1. No aceptación, contiene 6 ítems con un alfa = .85, 2. Metas, contiene 5 ítems con un alfa = .89, 3. Impulsos, contiene 6 ítems con un alfa = .86, 4. Conciencia, contiene 6 ítems con un alfa = .80, 5. Estrategias contiene 8 con un alfa = .88 y 6. Claridad, contiene 5 ítems con un alfa = .84, la consistencia interna de la prueba total es de .93 y la consistencia interna por medio de test-retest es de .88. En el actual trabajo se utilizó la escala breve para la detección del riesgo de desregulación emocional (DERSR-B) adaptada a población mexicana por Gómez-Peresmitré et al. (2022).

-**Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP) (Multidimensional Perfectionism Scale) (Hewitt & Flet, 1991)**. Evalúa el perfeccionismo como un constructo multidimensional. Está compuesto por 25 reactivos con 5 opciones de respuesta tipo Likert. La consistencia interna es de .90. Contiene seis factores; Preocupación por los errores (PE), Indecisión de acción (IA), Organización (O), Estándares personales (EP), Expectativas

paternas (EPT) y Crítica paterna (CP). La adaptación para población mexicana fue llevada a cabo por Paredes et al. (2010) que reportan una estructura de 5 factores; los mismos de la escala original con excepción del denominado Crítica Paterna (CP). Explican el 46.53% de la varianza total. La consistencia interna es de ,87 no se reportan Alfas de los factores.

-Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA).

La escala original (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998) fue elaborada en población mexicana. En el presente estudio se utilizó la escala estandarizada que se encuentra en proceso de publicación. Contiene 26 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta distribuidos cinco factores: conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria restrictiva, preocupación por el peso y la comida, atribución externa y conducta alimentaria normal.

7.3.11 Procedimiento.

Se utilizó la plataforma Google Forms como medio para obtener las respuestas de la batería elaborada en esta fase del estudio. Al igual que la primera fase del estudio, se hizo la aplicación de manera digital por las limitaciones de la pandemia SARS-CoV-2. Se utilizaron dos versiones de la batería que diferían con respecto al orden de las pruebas para compensar el efecto del orden de presentación: orden a) MPS - PANAS - IEF - EFRATA – DERS, de donde se obtuvieron 98 respuestas y el orden b) DERS - EFRATA - IEF - PANAS – MPS donde se obtuvieron 110 respuestas. Los enlaces de la batería (versión a: <https://forms.gle/GzFzMfXKRp36iTxXA> versión b: <https://forms.gle/DPi51x34WGgKTDuf6>) se distribuyeron por redes sociales, entre ellas: Facebook, Instagram, Twitter y WhatsApp. Por otro lado, hubo la oportunidad de aplicar la

batería de manera presencial (al levantar las restricciones) en un gimnasio de box, obteniéndose 12 respuestas con el mismo orden de la versión B.

El consentimiento informado apareció en el mismo formulario como una plantilla inicial (el formato se puede ver en el anexo 4). En caso de no obtener el consentimiento, el formulario terminaba de inmediato con la aplicación de la batería. En caso de que el participante diera su consentimiento, el formulario daba la oportunidad de contestar la batería. Las respuestas fueron recabadas y codificadas en Excel. Al igual que la fase 1 de esta investigación los cuidados éticos del trabajo se fundamentaron con la Ley General de Salud, el Código de Ética del Psicólogo, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; además, de ser avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM (oficio: FPCE_08032021_H_AC 27/04/2021).

7.3.12 Análisis estadístico.

Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS versión 21 y AMOS 21 (IBM, MÉXICO) y PROCESS. Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos para el análisis de las variables sociodemográficas y de estudio. La normalidad se probó con: análisis de frecuencia, obtención de diagrama de cajas y bigotes, y obtención de curtosis y asimetría. Con base a los resultados de esta revisión se decidió retirar:

- a) Tres respuestas de la variable conducta alimentaria
- b) Seis respuestas de preocupación por el alimento y la comida
- c) Dos respuestas de atribución externa
- d) Una respuesta de desregulación emocional.

Se comparó la diferencia de medias de las variables de estudio por medio de la t de student (sexo, práctica deportiva, tipo de competencia, y motivos por el deporte) y ANOVA (IMC, tipo de deporte y horas de entrenamiento). Se llevaron a cabo correlaciones con r de Pearson, regresiones múltiples, análisis de mediación y moderación para evaluar la manera y el grado en que están relacionadas las variables de estudio. Se utilizó el modelamiento de ecuaciones estructurales para la obtención del mejor modelo.

7.4 Resultados.

7.4.1 Estadística descriptiva.

En la tabla 7.2 se puede observar; media, desviación estándar, cuartiles, asimetría y curtosis, de cada una de las variables de estudio.

Tabla 7.2

Estadística descriptiva de las variables moderadoras e independientes del estudio.

Escala/subdimensión	Media	Desviación estándar	Cuartiles			Asimetría	Curtosis
			1	2	3		
MPS							
<i>Preocupación por los errores</i>	15.51	10.69	6	14	24	0.38	-0.93
<i>Organización</i>	18.53	4.33	16	19	22	-0.63	0.1
<i>Indecisión de acción</i>	7.68	4.63	4	7	11	0.38	-0.56
<i>Estándares Personales</i>	9.54	3.4	7	9	12	0	-0.72
<i>Expectativas paternas</i>	7.18	4.6	3	7	11	0.12	-1.06
<i>Perfeccionismo Total</i>	70.78	24.87	52	67	87.5	0.35	-0.54
PANAS							
<i>Afecto Positivo</i>	21.57	8.55	15	22	28	-0.19	-0.53
<i>Afecto Negativo</i>	11.09	8.28	5	9	16	1.07	1
IEF							
<i>Miedo a tener un futuro incierto</i>	8.98	5.42	5	9	13	0.19	-0.8
<i>Miedo a perder la estima de otros</i>	5.73	5.1	1	5	9	0.75	-0.3
<i>Temor de afectar a otras personas importantes</i>	6.99	4.94	3	7	10	0.46	-0.4
<i>Temor a sentir vergüenza</i>	5.04	3.61	2	5	8	0.29	-0.97
<i>Temor al fracaso total</i>	26.75	16.95	12	25	39	0.42	-0.64
DERS							
<i>Desregulación emocional</i>	22.5	10.84	14	22	29	0.56	-0.09
EFRATA							
<i>Conducta Alimentaria Compulsiva</i>	3.55	3.64	1	2	5	1.28	1.27
<i>Conducta Alimentaria Restrictiva</i>	3.68	2.84	2	3	5	1.02	1.2
<i>Preocupación por el peso y la comida</i>	4.71	4.68	1	3	8	1.02	0.12
<i>Atribución externa</i>	3.41	3.13	1	3	5	0.87	-0.01
<i>Conducta Alimentaria Normal</i>	12.62	5.1	8	13	16	0.23	-0.47

En el caso de la muestra de personas que practican deporte (N= 100), un 52% reporta entrenar de 1 a 5 horas; un 29% de 6 a 10; el 13% de 11 a 15 horas y 6% más de 20 horas (semanalmente); 83% de los deportistas refiere que lo hace por recreación y el resto lo hace por profesión, 26% han competido a nivel nacional y un 11% a nivel internacional. En la tabla 7.3 se puede observar el número de deportistas que hay en cada grupo de deporte.

Tabla 7.3.

Distribución de deportistas por grupo de deporte.

Grupos de deporte	Frecuencia
Deportes de contacto	25
Deportes de resistencia	45
Deportes de pelota	16
Deportes de arte competitivo	8
Deportes de fuerza y resistencia	6
Total	100

7.4.2 Comparación de medias.

Se utilizó t de student para muestras independientes, con el propósito de comparar las diferencias en los grupos. En la tabla 7.4 se pueden observar la comparación de la muestra total por sexo, se reporta también el tamaño de efecto con la d de Cohen.

Tabla 7.4.

Comparación de medias por medio de t de student (de las variables de estudio) por sexo N=209.

Variable	Hombres		Mujeres		t (209)	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Preocupación por los errores	12.77	9.00	16.77	11.20	2.55	0.012	0.39
Perfeccionismo Total	65.97	20.88	73.01	26.28	1.91	0.039	0.3
Afecto Positivo	24.3	7.80	20.31	8.62	3.33	0.002	0.48
Miedo a tener un futuro incierto	7.44	4.69	9.69	5.60	2.84	0.005	0.44
Temor de afectar a otras personas importantes	5.44	4.15	7.71	5.12	3.4	0.001	0.49
Temor a sentir vergüenza	3.83	3.04	5.6	3.72	3.37	0.001	0.52
Temor al fracaso total	21.71	13.46	29.07	17.90	2.97	0.003	0.46
Conducta Alimentaria Normal	11.59	4.05	13.1	5.47	2	0.047	0.31

Así mismo se reportan los factores que resultaron significativos cuando se comparan las medias de personas que practican deporte y quienes no lo practican, estas pueden verse en la tabla 7.5.

Tabla 7.5.

Comparación de medias con la prueba de t de student (de las variables de estudio) entre quienes practican deporte y quienes no lo practican N=209.

Variable	Practica deporte		No practica deporte		t (209)	p	d de Cohen
	M	De	M	De			
Organización	19.18	4.026	17.93	4.543	2.11	0.037	0.29
Estándares Personales	10.32	3.516	8.82	3.148	3.24	0.001	0.45
Expectativas paternas	7.91	4.710	6.5	4.471	2.2	0.028	0.3
Afecto Positivo	23.75	8.080	19.57	8.524	3.64	0.001	0.5
Conducta Alimentaria Compulsiva	2.96	2.643	4	4.229	2.09	0.038	0.3
Preocupación por el peso y la comida	3.85	3.707	5.46	5.312	2.52	0.014	0.35
Conducta Alimentaria Normal	14.05	5.090	11.31	4.778	4.01	0.001	0.35

En la tabla 7.6 se pueden se comparan las medias por sexo y los valores p significativos entre hombres y mujeres que practican deporte.

Tabla 7.6.

Comparación de medias (de las variables de estudio) por sexo en muestra de deportistas N=100.

Variables	Hombres		Mujeres		t (100)	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Preocupación por los errores	13.03	9.77	17.95	11.52	2.16	0.033	0.46
Miedo a tener un futuro incierto	7.06	4.769	10.23	5.967	2.74	0.007	0.58
Temor de afectar a otras personas importantes	4.75	4.01	7.66	4.977	3.18	0.002	0.64
Temor a sentir vergüenza	3.58	3.228	5.52	3.788	2.69	0.009	0.55
Temor al fracaso total	20.47	13.987	29.84	18.362	2.65	0.009	0.57
Conducta Alimentaria Restrictiva	3.03	2.42	4.31	3.142	1.98	0.05	0.44
Conducta Alimentaria Normal	12.58	4.038	14.88	5.453	2.2	0.03	0.48

Como parte de otro análisis, se compararon las medias de las variables psicológicas propuestas por medio de t de student: perfeccionismo (y sus dimensiones), afecto (positivo y negativo), temor al fracaso (y sus dimensiones) y desregulación emocional con respecto al nivel de riesgo de TA. Para determinar el nivel de riesgo se utilizaron los cuartiles: conducta alimentaria compulsiva, riesgo bajo = ≤ 1 , riesgo alto ≥ 5 ; conducta alimentaria restrictiva, riesgo bajo = ≤ 2 , riesgo alto ≥ 5 ; preocupación por el peso y la comida, riesgo bajo = ≤ 1 , riesgo alto ≥ 8 ; atribución externa, riesgo bajo = ≤ 1 , riesgo alto ≥ 5 ; conducta alimentaria normal, riesgo alto = ≤ 8 , riesgo bajo ≥ 16 .

En la tabla 7.7 se pueden observar las comparaciones de medias de la muestra que no practica deporte y en la tabla 7.8 la muestra de personas que practican deporte, en ambas se reportan las variables que resultaron significativas.

Tabla 7.7.

Comparación de medias de las variables de estudio por nivel de riesgo de TA, en población no deportista N=109.

	Riesgo Bajo (RB)		Riesgo Alto (RA)		t	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Conducta alimentaria compulsiva, RB (n= 40) vs RA (n=40).							
Preocupación por los errores	11.10	10.382	17.93	9.595	3.053	.003	0.683
Organización	19.05	3.707	16.85	5.409	2.122	.037	-0.483
Indecisión de acción	6.35	5.061	8.90	4.431	2.398	.019	0.537
Perfeccionismo Total	60.85	25.085	73.40	23.456	2.311	.023	0.517
Miedo a tener un futuro incierto	7.40	5.472	10.68	4.687	2.875	.005	0.645
Miedo a perder la estima de otros	3.63	4.650	7.18	5.606	3.082	.003	0.692
Temor de afectar a otras personas importantes	5.35	4.742	8.48	5.043	2.855	.006	0.639
Temor al fracaso total	20.73	16.811	32.28	16.226	3.126	.002	0.699
Desregulación emocional	18.78	10.526	26.64	11.130	3.226	.002	0.726
Preocupación por el peso y la comida, RB (n= 39) vs RA (n=37).							
Preocupación por los errores	9.31	9.120	20.49	9.853	5.126	.000	1.178
Organización	18.95	3.748	16.43	5.560	2.301	.025	-0.541
Indecisión de acción	5.74	4.488	9.32	4.744	3.376	.001	0.776
Estándares Personales	7.74	2.908	9.65	3.048	2.785	.007	0.640
Expectativas paternas	4.95	4.211	7.24	4.693	2.239	.028	0.515
Perfeccionismo Total	56.28	22.272	76.73	26.140	3.661	.000	0.845
Afecto Positivo	20.90	8.525	16.05	7.982	2.558	.013	-0.587
Afecto Negativo	9.13	8.417	13.59	10.117	2.086	.041	0.482
Miedo a tener un futuro incierto	6.44	5.462	11.41	4.603	4.297	.000	0.987
Miedo a perder la estima de otros	3.69	4.714	8.32	5.360	3.992	.000	0.920
Temor de afectar a otras personas importantes	5.05	4.651	9.46	4.947	3.997	.000	0.919
Temor a sentir vergüenza	3.87	3.607	6.70	3.365	3.540	.001	0.812
Temor al fracaso total	19.05	16.608	35.89	15.779	4.533	.000	1.040
Desregulación emocional	19.15	10.893	27.89	11.404	3.386	.001	0.784
Atribución externa, RB (n= 40) vs RA (n=35).							
Preocupación por los errores	10.93	10.842	18.09	9.630	3.029	.003	0.700
Indecisión de acción	6.08	4.843	8.66	4.550	2.379	.020	0.550
Perfeccionismo Total	59.30	26.200	73.03	23.175	2.408	.019	0.556
Afecto Negativo	8.75	7.974	13.11	8.791	2.240	.028	0.521
Miedo a perder la estima de otros	3.60	4.684	7.46	5.215	3.350	.001	0.779
Temor de afectar a otras personas importantes	5.83	5.339	8.80	4.892	2.518	.014	0.582
Temor al fracaso total	21.75	17.938	31.60	16.988	2.440	.017	0.564
Desregulación emocional	18.85	10.757	26.18	10.978	2.888	.005	0.674
Conducta alimentaria normal, RB (n= 18) vs RA (n=36).							
Organización	19.56	4.435	16.28	4.340	2.578	.015	-0.747
Indecisión de acción	6.00	4.498	8.81	4.221	2.205	.035	0.644
Afecto Positivo	22.06	5.567	17.03	8.978	2.171	.035	-0.691
Afecto Negativo	7.78	6.394	13.31	9.285	2.559	.014	0.705
Desregulación emocional	15.78	7.848	27.06	12.028	4.134	.000	1.135

Tabla 7.8.

Comparación de medias de las variables de estudio por nivel de riesgo de TA, en población deportista N=100.

	Riesgo Bajo (RB)		Riesgo Alto (RA)		t	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Conducta alimentaria compulsiva, RB (n= 40) vs RA (n=31).							
Preocupación por los errores	12.03	9.98	21.61	10.76	3.84	.001	0.92
Indecisión de acción	5.30	3.92	10.26	4.07	5.18	.001	1.24
Estándares Personales	9.50	3.43	11.23	3.54	2.06	.043	0.50
Expectativas paternas	6.03	4.20	9.26	4.29	3.18	.002	0.76
Perfeccionismo Total	63.80	22.20	85.77	22.95	4.06	.001	0.97
Afecto Negativo	7.50	6.23	15.06	7.16	4.67	.001	1.13
Miedo a tener un futuro incierto	7.65	5.61	10.81	5.65	2.34	.022	0.56
Miedo a perder la estima de otros	4.63	4.95	7.48	5.48	2.27	.026	0.55
Temor de afectar a otras personas importantes	4.63	4.16	7.94	4.87	3.03	.004	0.73
Temor a sentir vergüenza	3.90	3.83	5.77	3.68	2.09	.040	0.50
Temor al fracaso total	20.80	16.92	32.00	16.97	2.76	.007	0.66
Desregulación emocional	17.20	8.50	27.71	10.23	4.62	.001	1.12
Conducta alimentaria restrictiva, RB (n= 36) vs RA (n=35).							
Preocupación por los errores	12.56	9.43	20.97	12.16	3.26	.002	0.78
Indecisión de acción	6.22	4.27	9.89	5.25	3.22	.002	0.77
Estándares Personales	9.53	3.57	11.51	3.23	2.46	.016	0.58
Perfeccionismo Total	66.11	20.93	84.91	28.71	3.16	.002	0.76
Preocupación por el peso y la comida, RB (n= 31) vs RA (n=20).							
Preocupación por los errores	11.3	10.6	28.4	8.3	6.43	.001	1.81
Indecisión de acción	5.5	4.2	12.7	4.2	5.93	.001	1.70
Estándares Personales	9.0	3.0	12.2	3.4	3.41	.002	0.99
Expectativas paternas	6.4	4.8	10.8	3.6	3.76	.001	1.06
Perfeccionismo Total	61.9	23.5	101.8	19.7	6.53	.001	1.84
Afecto Negativo	7.9	7.1	17.5	8.8	4.07	.001	1.20
Miedo a tener un futuro incierto	7.5	5.5	14.5	4.9	4.75	.001	1.35
Miedo a perder la estima de otros	4.5	5.2	9.7	5.7	3.26	.002	0.94
Temor de afectar a otras personas importantes	4.8	4.3	10.9	4.8	4.54	.001	1.32
Temor a sentir vergüenza	3.9	3.9	8.1	3.3	4.08	.001	1.15
Temor al fracaso total	20.8	17.2	43.1	15.7	4.76	.001	1.35
Desregulación emocional	18.8	10.1	29.8	8.8	4.10	.001	1.16
Atribución externa, RB (n= 32) vs RA (n=30).							
Preocupación por los errores	11.34	10.28	21.37	10.13	3.87	.001	0.98
Indecisión de acción	5.41	4.52	9.90	4.54	3.90	.001	0.99
Estándares Personales	9.03	3.75	11.17	3.65	2.27	.027	0.58
Expectativas paternas	6.06	4.71	9.90	3.34	3.68	.001	0.95
Perfeccionismo Total	62.28	24.57	86.30	22.40	4.03	.001	1.02
Afecto Negativo	8.25	6.88	14.63	8.12	3.33	.002	0.85
Miedo a tener un futuro incierto	7.09	5.21	11.70	5.81	3.28	.002	0.84
Miedo a perder la estima de otros	3.75	4.88	8.33	5.74	3.38	.001	0.86
Temor de afectar a otras personas importantes	4.59	4.69	8.63	4.11	3.61	.001	0.92
Temor a sentir vergüenza	3.69	3.31	5.93	3.74	2.50	.015	0.64
Temor al fracaso total	19.13	16.74	34.60	16.89	3.62	.001	0.92
Desregulación emocional	16.50	8.33	25.37	10.10	3.76	.001	0.96
Conducta alimentaria normal, RB (n= 36) vs RA (n=17).							
Afecto Positivo	25.03	9.00	17.88	7.94	2.93	.006	0.84

Con relación al comportamiento alimentario compulsivo en la muestra no deportista no hubo significancia en afecto (positivo y negativo), dos factores de perfeccionismo (estándares personales y expectativas paternas) y temor al sentir vergüenza, en el caso de la población deportista no fueron significativas las variables: organización y afecto positivo.

Con relación a la conducta alimentaria restrictiva, en la población no deportista ninguna variable fue significativa, y en el caso de la población deportista solo resultaron con significancia: preocupación por los errores, indecisión de acción, estándares personales y el puntaje de perfeccionismo total. En preocupación por el peso y la comida, todas las variables fueron significativas, y en población deportista solo el afecto positivo fue la excepción. La atribución externa en los no deportistas no tuvo significancia con: organización, estándares personales, expectativas paternas, afecto positivo, miedo a tener un futuro incierto, miedo a perder la estima de otros y temor a sentir vergüenza, y en el caso de la población deportista, solamente organización y afecto positivo fueron no significativas. Por último, la conducta alimentaria normal, en la muestra de no deportistas, las variables, organización, indecisión de acción, afecto (positivo y negativo) y desregulación fueron significativas, sin embargo, en los deportistas solo la variable afecto positivo resultó significativa.

Con respecto a las diferencias de medias entre los deportistas que pertenecen a diferentes grupos de deporte se utilizó ANOVA, observando diferencias significativas en los factores estándares personales ($F, 3.048 p= .021$) y conducta alimentaria normal ($F, 3.048 p= .021$). En las figuras, 7.2 y 7.3 pueden verse las gráficas de cajas y bigotes respectivamente.

Figura 7.2

Gráfico de cajas y bigotes de estándares personales.

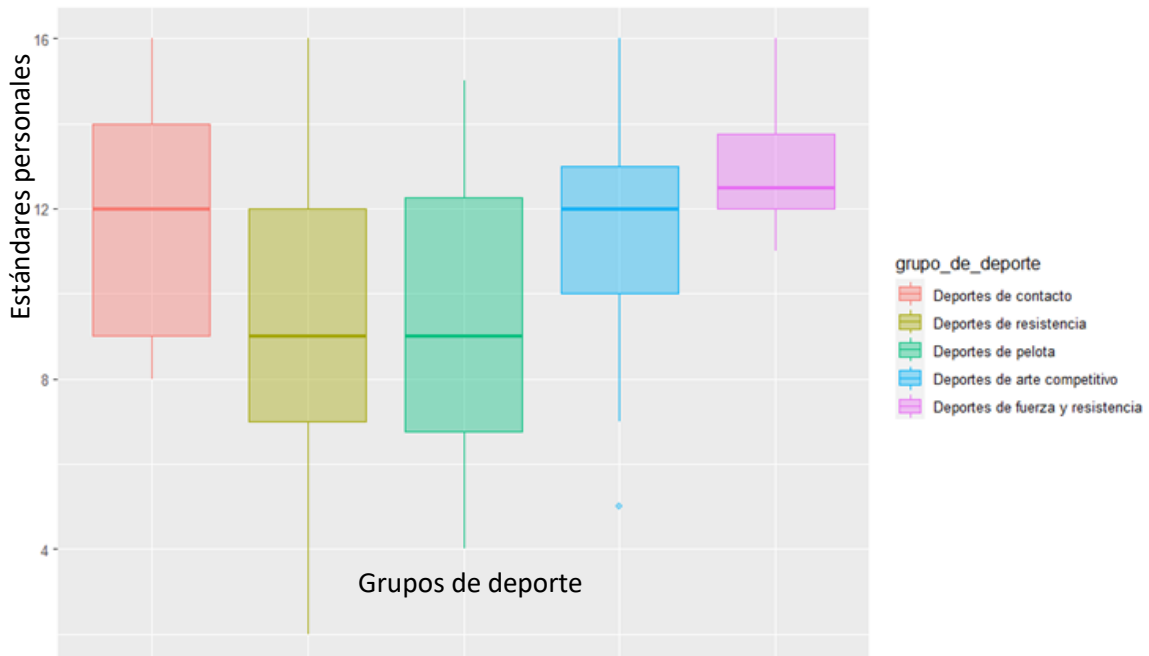
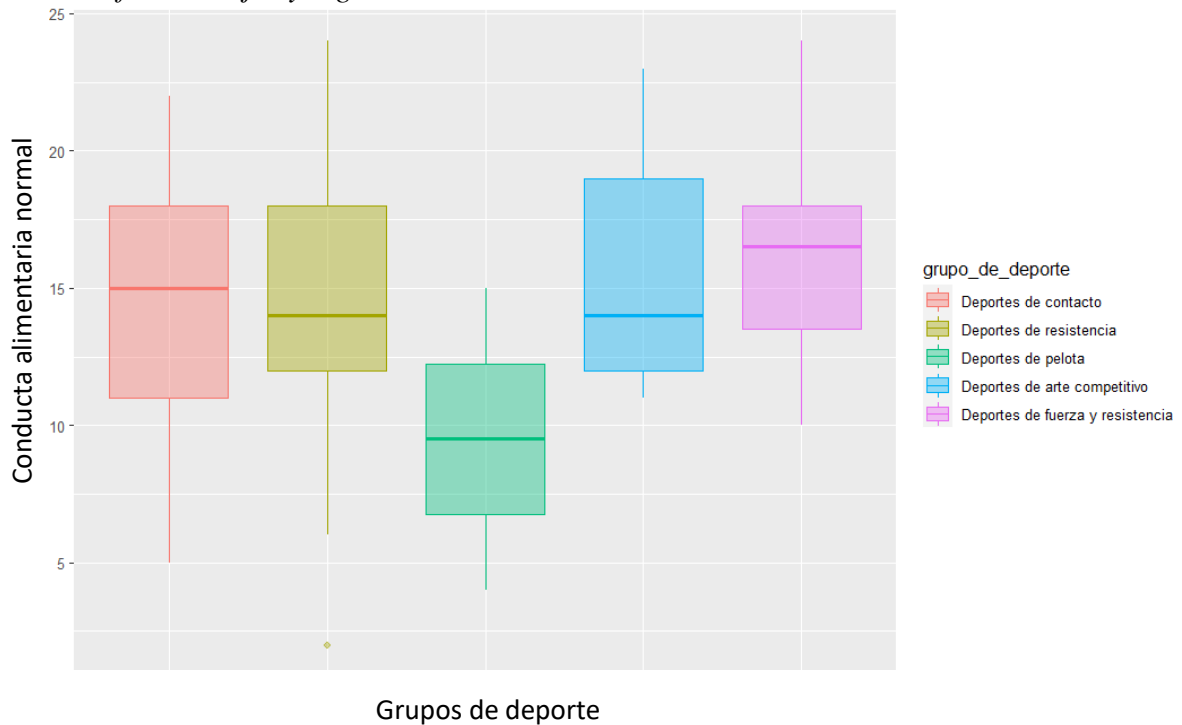


Figura 7.3

Gráfico de cajas y bigotes de conducta alimentaria normal.



7.4.3 Regresión Múltiple.

Se llevaron a cabo procedimientos de regresión múltiple con el fin de reconocer la influencia que tienen las variables de estudio sobre los factores de riesgo de TA. Este procedimiento fue aplicado a la población total que incluye deportistas y no deportistas (N = 209).

Ver tabla 7.9

Tabla 7.9.

Modelos de regresión múltiple de cada factor de riesgo de la muestra total (N= 209).

Factor de riesgo	B	β	95% IC para B		t	p	R ²
			LI	LS			
Conducta alimentaria compulsiva							
Constante			1.229	5.125	3.216	.002	0.58
Edad	-.05	-.13	-.098	-.014	2.609	.010	
Perfeccionismo	-.02	-.14	-.038	-.006	2.672	.008	
Preocupación por el peso y la comida	.49	.62	.394	.587	10.016	.001	
Atribución externa	.29	.25	.179	.420	4.910	.001	
Desregulación emocional	.04	.13	.007	.080	2.355	.020	
Conducta Alimentaria Restrictiva	-.19	-.14	-.338	-.048	2.630	.009	
Conducta alimentaria restrictiva							
Constante	2.95		2.401	3.507	10.534	.001	0.266
Preocupación por el peso y la comida	.38	.68	.291	.479	8.057	.001	
Conducta alimentaria compulsiva	-.19	-.27	-.318	-.080	3.292	.001	
Afecto negativo	-.05	-.15	-.091	-.009	2.425	.016	
Preocupación por el peso y la comida							
Constante	-1.54		-2.358	-.725	3.724	.001	0.641
Preocupación por los errores	.11	.25	.075	.153	5.723	.001	
Conducta Alimentaria Compulsiva	.71	.55	.596	.824	12.302	.001	
Conducta Alimentaria Restrictiva	.57	.32	.421	.725	7.454	.001	
Atribución externa							
Constante	1.56		.913	2.207	4.754	.001	0.324
Temor a sentir vergüenza	-.13	-.15	-.279	.003	1.930	.05	
Miedo a perder la estima de otros	.18	.29	.082	.287	3.546	.001	
Conducta Alimentaria Compulsiva	.41	.47	.311	.520	7.870	.001	
Comportamiento alimentario normal							
Constante	14.83		10.085	19.579	6.161	.001	0.344
Afecto Positivo	.11	.19	.040	.192	2.993	.003	
Dummy de la práctica deportiva	1.90	.18	.711	3.106	3.143	.002	
Desregulación emocional	-.12	-.27	-.184	-.069	4.346	.001	
Conducta Alimentaria Restrictiva	.63	.34	.427	.848	5.964	.001	
Dummy de mujeres	1.68	.1	.408	2.956	2.603	.010	
Índice de masa corporal	-.24	-.197	-.391	-.101	3.353	.001	

En el caso de del comportamiento alimentario compulsivo, se obtuvo un modelo que explica un 58% de la varianza y resultó significativo, las variables incluidas en el modelo fueron: edad ($b = -.05$, $p = .01$), perfeccionismo ($b = -.022$, $p = .008$), preocupación por el peso y la comida ($b = .49$, $p = .001$), atribución externa ($b = .29$, $p = .001$), desregulación emocional ($b = .040$, $p = .02$) y conducta alimentaria restrictiva ($b = -.19$, $p = .009$).

Para la conducta alimentaria restrictiva, el modelo de mejor ajuste explica el 26.2% y las variables predictivas fueron: Preocupación por el peso y la comida ($b = .38$, $p = .001$), conducta alimentaria compulsiva ($b = -.19$, $p = .001$) y afecto negativo ($b = -.05$, $p = .016$). La preocupación por el peso y la comida son predichas con una varianza de 64.1% y las variables incluidas son: preocupación por los errores ($b = .11$, $p = .001$), conducta alimentaria compulsiva ($b = .71$, $p = .001$) y conducta alimentaria restrictiva ($b = .57$, $p = .001$). Por su lado, la atribución externa obtuvo un modelo que explica un 32.4 % y las variables que se incluyen son: temor a sentir vergüenza ($b = -.13$, $p = .05$) miedo a perder la estima de otros ($b = .29$, $p = .003$) y conducta alimentaria compulsiva ($b = .41$, $p = .001$).

Posteriormente se sometieron a prueba las mismas variables, sin embargo, sólo se incluyeron a las personas que practican deporte ($N = 100$). Ver tabla 7.10

El comportamiento alimentario compulsivo obtuvo un modelo que explica el 35 % de la varianza e incluye las variables: atribución externa ($b = .30$, $p = .001$), edad ($b = -.07$, $p = .009$) y conducta alimentaria normal ($b = .24$, $p = .001$).

En el caso de la conducta alimentaria restrictiva surgió un modelo con una varianza de 33% que incluye las siguientes variables: indecisión de acción ($b = .31$, $p = .001$) y conducta alimentaria normal ($b = .24$, $p = .001$).

Tabla 7.10.

Modelos de regresión múltiple de cada factor de riesgo de la muestra de deportistas (N= 100).

Factor de riesgo	B	β	95% IC para B		t	p	R ²	—
			LI	LS				
Conducta alimentaria compulsiva								
Constante	2.93		0.63	5.23	2.53	0.013	0.35	
Atribución externa	0.30	0.33	0.13	0.46	3.61	0.001		
edad	-0.07	-0.24	-0.13	-0.02	2.67	0.009		
Desregulación emocional	0.06	0.22	0.01	0.10	2.44	0.017		
Conducta alimentaria restrictiva								
Constante	-1.97		-3.76	-.19	2.19	0.031	0.33	
Indecisión de acción	.31	.49	.20	.41	5.79	0.001		
Conducta Alimentaria Normal	.24	.42	.14	.34	4.89	0.001		
Preocupación por el peso y la comida								
Constante	-2.33		-3.93	-.74	2.91	0.005	0.51	
Conducta Alimentaria Compulsiva	.43	.32	.21	.64	3.99	0.001		
Conducta Alimentaria Restrictiva	.57	.43	.37	.77	5.65	0.001		
Perfeccionismo	.04	.28	.02	.06	3.37	0.001		
Atribución externa								
Constante	1.89		.54	3.25	2.75	0.008	.30	
Conducta Alimentaria Compulsiva	.35	.32	.09	.55	3.21	0.002		
Indecisión de acción	.13	.21	.02	.27	2.19	0.031		
Años estimados en el deporte	-.05	-.19	-.11	.00	1.98	0.05		
Comportamiento alimentario normal								
Constante	13.46		6.32	20.61	3.75	0.001	0.44	
Organización	.34	.28	.14	.53	3.43	0.003		
Conducta Alimentaria Restrictiva	.79	.41	.47	1.11	4.88	0.001		
Años estimados en el deporte	.15	.33	.07	.23	3.81	0.001		
Índice de masa corporal	-.40	-.29	-.62	-.18	3.57	0.007		
Indecisión de acción	-.53	-.48	-.77	-.28	4.22	0.001		
Temor al fracaso	.09	.29	.02	.15	2.70	0.05		
Atribución externa	.33	.19	.01	.65	2.03	0.033		

La variable preocupación por el peso y la comida obtuvo un modelo que explica el 51% de la varianza incluye las variables: conducta alimentaria compulsiva (b= .43, p=.001), conducta alimentaria restrictiva (b= .57, p=.001) y perfeccionismo (b= .04, p=. 001)

La atribución externa obtuvo un modelo que explica el 30.3% de la varianza y las variables que incluye son: años en el deporte (b= -.05, p=.05), indecisión de acción (b=.13, p=. .031) y conducta alimentaria compulsiva (b= .35, p=.002).

Por último, se obtuvo un modelo para la conducta alimentaria normal que explica el 46 % de la varianza incluye las variables: organización (b= .34, p=. 001), conducta alimentaria restrictiva (b=.79, p=.001), años en el deporte (b= .15, p=.001), índice de masa corporal (b= -.40, p=.001),

indecisión de acción, ($b = -.53$, $p = .001$), temor al fracaso ($b = .09$, $p = .008$) y atribución externa ($b = .33$, $p = .046$).

7.4.4. Análisis de variables de moderación y mediación.

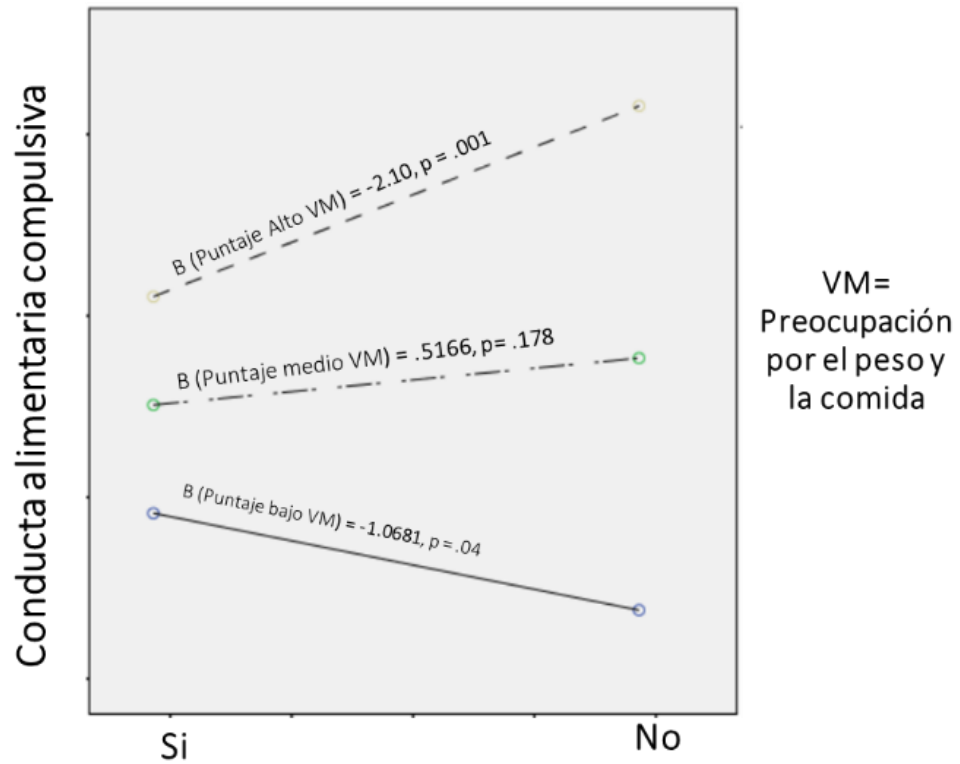
Se llevaron a cabo los análisis de moderación para determinar cuáles eran las variables que moderan la relación entre la práctica deportiva (variable independiente) y los comportamientos de conducta alimentaria de riesgo (variable dependiente).

En el caso de la conducta alimentaria compulsiva dos variables moderan la relación con el deporte, como se expone enseguida;

1.- Las personas con baja preocupación por el peso y la comida, presentan mayor comportamiento alimentario compulsivo cuando las personas practican deporte. Los puntajes medios en preocupación por el peso y la comida no influyen en el comportamiento alimentario compulsivo. Las personas con alta preocupación por el peso y la comida presentan mayor comportamiento alimentario compulsivo cuando las personas no practican deporte ($R = .689$ $R^2 = .475$, $p = .0002$). Ver figura 7.4.

Figura 7.4.

VI= *Practica de deporte* VM= *Preocupación por el peso y la comida* VD= *Conducta alimentaria compulsiva*.

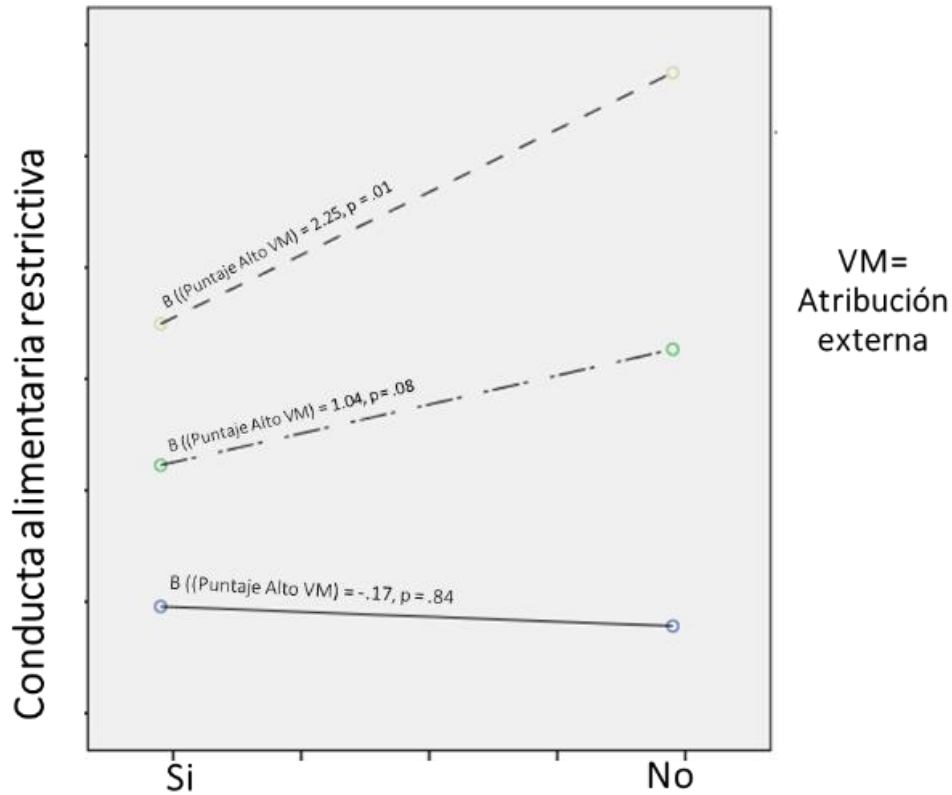


La preocupación por el peso y la comida, y la práctica deportiva moderadas por atribución externa:

Las personas con puntaje bajo y medio de atribución externa no presentan diferencias en la preocupación por el peso y la comida. Las personas con puntajes altos en atribución externa tienen mayor preocupación por el peso y la comida cuando no practican deporte ($R=.446$ $R^2= .199$ Efecto de moderación, $p= .05$). Ver figura 7.5

Figura 7.5.

VI= Práctica de deporte VM= Atribución externa VD= Preocupación por el peso y la comida.

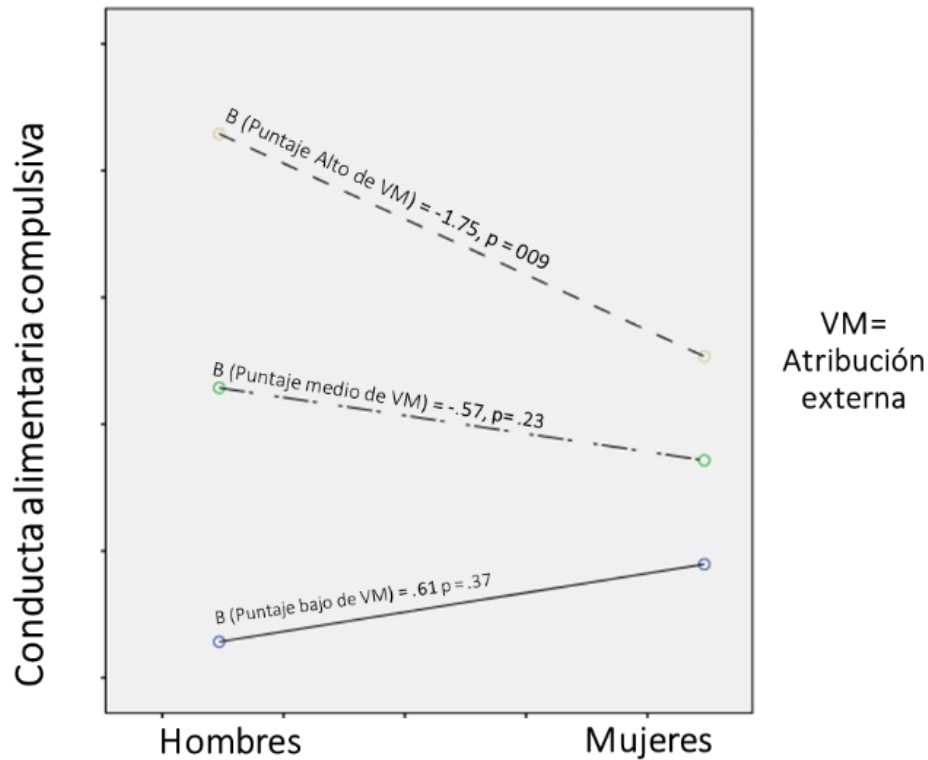


Posteriormente se tomó la muestra de personas que practican deporte (N=100) y se llevaron a cabo análisis de moderación de la relación sexo (VI) y factores de riesgo de comportamiento alimentario (VD).

En el caso de la conducta alimentaria compulsiva, las personas con puntaje bajo y medio con atribución externa no presentan diferencias en conducta alimentaria compulsiva. Los deportistas hombres con puntajes altos de atribución externa tienen mayor comportamiento alimentario compulsivo en comparación con las mujeres ($R=.5381$ $R^2=.289$, $p=.015$). Ver figura 7.6.

Figura 7.6

VI= Sexo VM= Atribución externa VD= Conducta alimentaria compulsiva.



La conducta alimentaria normal es moderada por dos variables:

1.- Las personas con puntaje bajo y medio en comportamiento alimentario compulsivo, muestran mayor comportamiento alimentario normal si son mujeres. Las personas con puntaje alto en comportamiento alimentario compulsivo no tienen diferencias con comportamiento alimentario ($R = .3812$, $R^2 = .1453$, $p = .04$). Esto se puede ver en la figura 7.7.

2.- Las personas con puntaje bajo y medio en desregulación emocional, muestran mayor comportamiento alimentario normal si son mujeres. Las personas con puntaje alto en desregulación emocional no tienen diferencias en el comportamiento alimentario normal ($R = .40$, $R^2 = .16$, $p = .01$). Ver figura 7.8.

Figura 7.7.

VI= Sexo VM= Conducta alimentaria compulsiva VD= Conducta alimentaria normal.

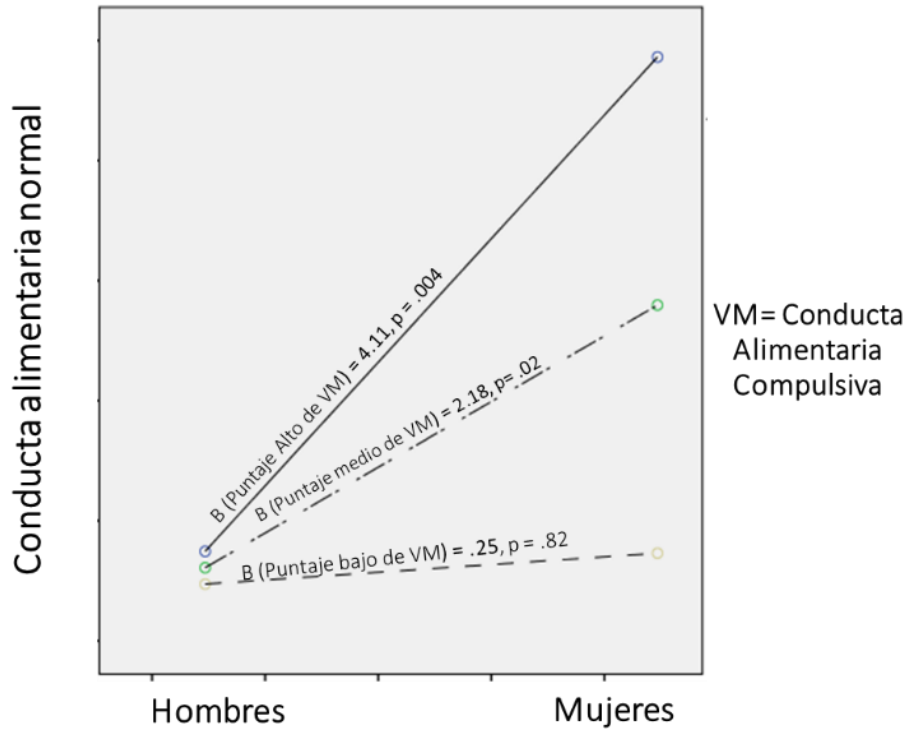
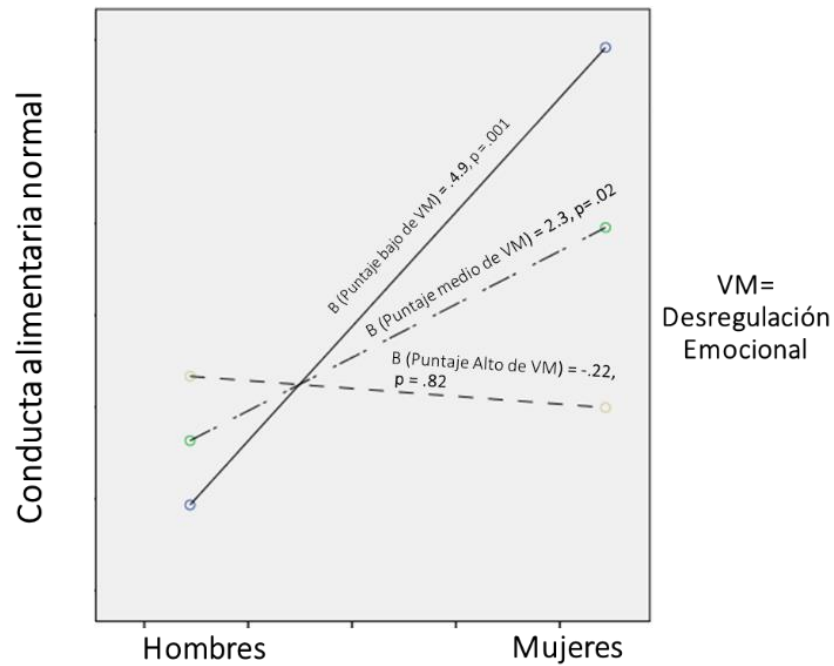


Figura 7.8.

VI= Sexo VM= Desregulación Emocional VD= Conducta alimentaria normal.



Posteriormente se llevaron a cabo procedimientos de análisis para determinar la manera y el grado en que las variables de estudio median entre sí con respecto a la variable dependiente (factores de riesgo de TA).

Se puede observar que existen efectos significativos con respecto al comportamiento alimentario cuando la práctica deportiva es mediada por la preocupación por el peso y la comida con una varianza explicada de 68% ($a*b = -.83$, IC95% = $-1.56 - .2080$, $P_M = .68$) y la conducta alimentaria normal ($a*b = -.42$, IC95% = $-.80 - -.15$, $P_M = .40$) con 40%. La preocupación por el peso y la comida y la práctica deportiva es mediada por la conducta alimentaria compulsiva ($a*b = 1.02$, IC95% = $.241 - -1.85$, $P_M = .608$) con una varianza explicada de 61%. En el anexo 5 se pueden ver los efectos de mediación significativos de las variables de estudio en la muestra de personas que practican deporte.

7.4.5 Ecuaciones estructurales.

Se construyó con base a la revisión de la literatura un modelo de ecuaciones estructurales y se sometió a prueba para la obtención de los índices de bondad de ajuste. En la tabla 7.11 se reportan los índices del modelo, siendo buenos.

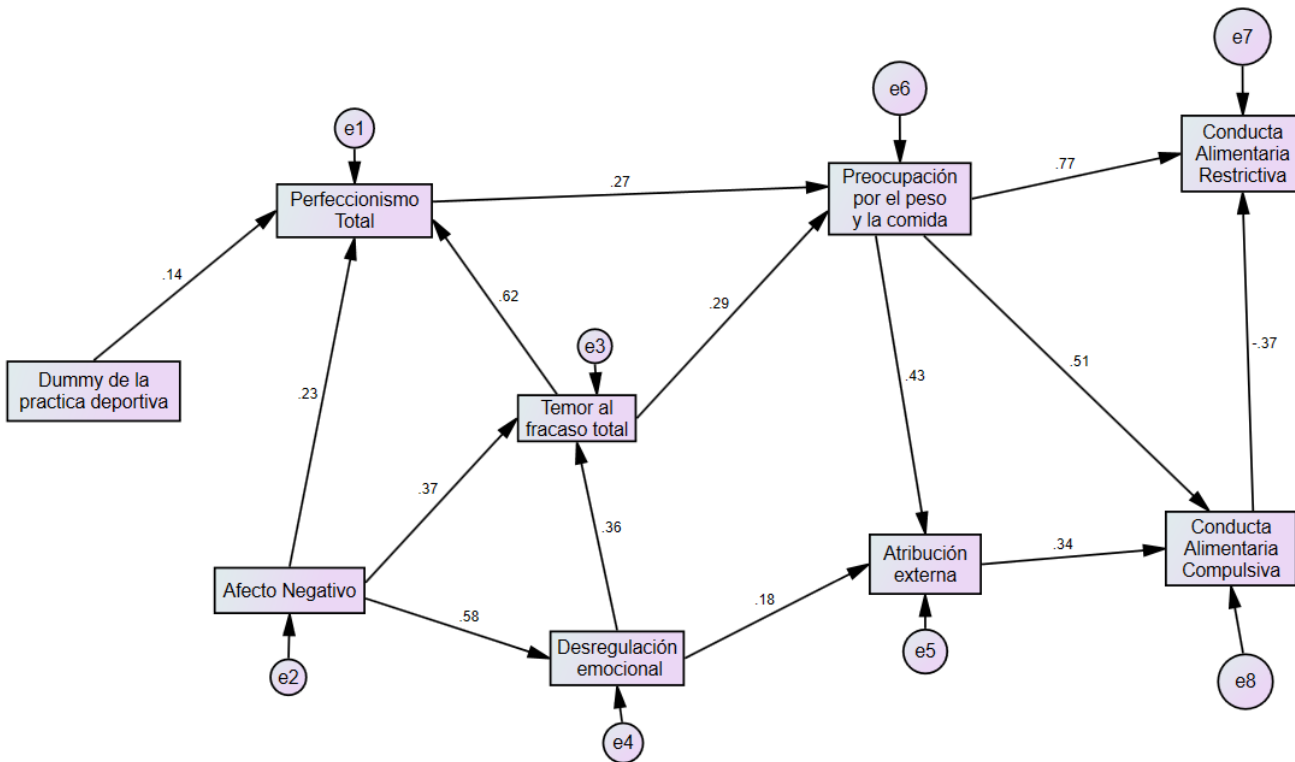
Tabla. 7.11.*Índices de bondad de ajuste del modelo completo.*

Índices de ajuste obtenidos con análisis factorial confirmatorio		
Índices de ajuste	Esperado	Obtenido
Chi- Cuadrado	> 0.05	.440
Discrepancia entre X ² y grados de libertad (CMIN/DF)	< 5	.820
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 - 1	.99
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	.98
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.001
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	1.0
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	.98
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	1.0

Como se puede ver en la figura 7.9, la práctica deportiva (utilizada como variable Dummy) junto con el afecto negativo favorecen el perfeccionismo. El afecto negativo tiene relación con el temor al fracaso y la desregulación emocional tiene un efecto de mediación en esta relación. También se puede observar un efecto de mediación del perfeccionismo entre el temor al fracaso y la preocupación por el peso y la comida. La desregulación emocional tiene una relación significativa con la atribución externa. Existe un efecto de mediación de la atribución externa entre la preocupación por el peso y la comida y la conducta alimentaria compulsiva. Por otro lado, la preocupación por el peso y la comida es mediada por la conducta alimentaria compulsiva cuando se relaciona con la conducta alimentaria restrictiva. Los efectos estandarizados indirectos y directos de los senderos del modelo se pueden ver en el anexo 6.

Figura 7.9.

Modelo de ecuaciones estructurales de factores de riesgo de TA en deportistas.



Por otro lado, se obtuvo el modelo con mejor ajuste utilizando la variable conducta alimentaria normal como variable dependiente y la práctica deportiva como variable independiente. En la tabla 7.12 se pueden observar los índices de bondad de ajuste obtenidos. Las variables que han sido identificadas como mediadoras son: estándares personales, organización y afecto positivo. El modelo se puede ver en la figura 7.10. Los efectos estandarizados indirectos y directos de los senderos del modelo de conducta alimentaria normal se pueden observar en el anexo 7.

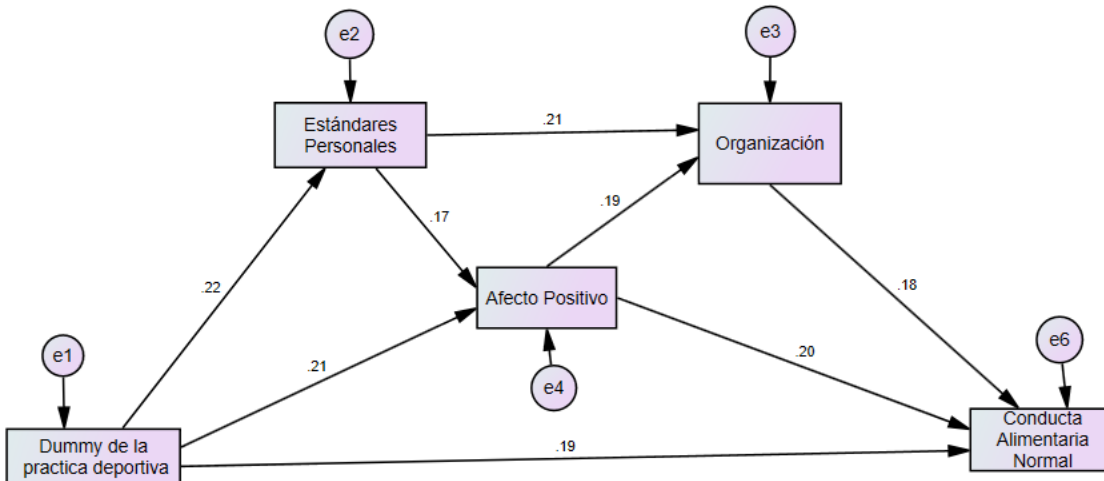
Tabla. 7.12

Índices de bondad de ajuste del modelo para conducta alimentaria normal.

Índices de ajuste obtenidos con análisis factorial confirmatorio		
Índices de ajuste	Esperado	Obtenido
Chi- Cuadrado	> 0.05	.12
Discrepancia entre X ² y grados de libertad (CMIN/DF)	< 5	1.35
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 - 1	.97
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	.94
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.041
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	.99
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	.96
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	.98

Figura 7.10.

Modelo completo de factores de riesgo de TA.



7.4 Discusión.

En el caso de la segunda fase de la investigación el objetivo fue determinar la manera en la que se relacionan las variables de estudio propuestas. Para ello se propuso responder a siete hipótesis derivadas de la revisión de la literatura. La primera hipótesis (H1) planteó mayor factor de riesgo de TA en deportistas en comparación con los no deportistas. Los resultados que se reportan en este estudio plantean que existen diferencias significativas con respecto a la conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, y conducta alimentaria normal. En este caso las diferencias no van conforme lo reporta la literatura (Abbott et al., 2020; Byrne & McLean, 2002; Kampouri et al., 2019;) ya que hubo un mayor puntaje de riesgo en personas que no practican deporte en comparación de los que si lo practican, sin embargo, estos hallazgos son parecidos a los reportados por Verdugo et al. (2020) que reportan riesgo de TA en no deportistas comparado con un grupo de gimnastas. Dados los resultados encontrados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Las diferencias que existen respecto a los otros estudios, quizá se deban al hecho de que sus muestras están conformadas por deportistas que compiten en un nivel amateur o profesional, mientras que, en nuestro caso, la muestra que se recabo es en su mayoría de deportistas que entrenan por diversión o “hobby”.

Debe considerarse que la presión deportiva en los altos niveles de competición somete a los atletas a presiones que llevan a comportamientos desadaptativos. Se sugiere en estudios futuros que se indague en población mexicana las diferencias que hay entre deportistas profesionales y personas que lo practiquen por pasatiempo. Por otro lado, se propone que se evalúen las variables que determinan cuándo el deporte funge como riesgo y cuándo como protector. También debe

considerarse que la aplicación de entrevistas puede jugar un papel importante en la obtención del diagnóstico.

La segunda hipótesis de investigación (H2) que se propuso fue que habría mayor presencia de factores de riesgo de TA en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos. Los resultados de este estudio muestran que existen diferencias significativas en los factores de conducta alimentaria restrictiva y conducta alimentaria normal. Sin embargo, no se muestran diferencias en la conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida y atribución externa. Esto tiene correspondencia con lo reportado por Sundgot-Borgen y Torstveit (2004) que refieren diferencias significativas entre hombres y mujeres atletas con respecto al desarrollo de TA, y por otro lado es congruente con lo reportado por El Ghoch et al. (2013) que señala un 20,1% de ocurrencia de TA en mujeres contra los 7.7% reportados en hombres (ambos deportistas). Estas son, conclusiones similares a las de Weerner et al. (2013) obtenidas a lo largo de una revisión sistemática. La restricción de los alimentos es uno de los comportamientos que más ha sido asociado con un cuerpo delgado, característico de los deportes de arte competitivo, donde hay mayor presencia de población femenil. Por, otro lado, también es congruente con la actitud ligada a la conducta alimentaria normal, que coincide con el propósito de mantener los ideales de belleza. A pesar de ello, en este estudio no se propuso investigar los factores de riesgo asociados a la imagen corporal (distorsión o insatisfacción), por tanto, no se pueden hacer conclusiones generalizadas y se requiere mayor investigación en estas diferencias. Por otro lado, en este estudio es menor la población que se dedica a deportes de arte competitivo, por tanto, se recomienda la mayor inclusión de estos atletas en futuros estudios. Es por ello que, de acuerdo con lo expuesto, se rechaza a hipótesis nula (H₀) no diferencias y se confirma la hipótesis de investigación (H2) en los factores: restricción alimentaria y conducta alimentaria normal.

La tercera hipótesis de trabajo (H3) propuso mayor riesgo de comer restringido en aquellos atletas cuya disciplina deportiva corresponde a deportes de estética comparados con los que practican deportes de pelota y contacto. En cambio, con la Ho se propone que no se encontrarán cambios. Los resultados de este estudio refieren que existe mayor riesgo de comer restringido en deportes de arte competitivo en comparación de los deportes de pelota, más no en deportes de contacto. Los resultados son parecidos con los reportados por Sundgot-Borgen (1994), Byrne y McLean (2002), Kong y Harris (2015), considerando que los deportes de estética tienen una mayor tendencia a la restricción de acuerdo con los estándares deportivos que requieren y exigen las características del deporte y sus entrenadores.

En cambio, los deportes de pelota no cuentan necesariamente con estas exigencias, por tanto, se acepta la H3 en los deportes de pelota, y la Ho en los de contacto. En el caso de la H4 propuesta en este trabajo (se encontrará un mayor riesgo de comer compulsivo en atletas de deportes de contacto en comparación con deportistas de pelota y arte competitivo) no se observan diferencias significativas, lo que no corrobora con lo reportado con Byrne y McLean (2002) y Werner et al. (2013). Para ambas hipótesis es probable que no se hayan encontrado diferencias, debido a que estos deportes se caracterizan por restringir sus alimentos solo en periodos de pre-competencia, debido a la necesidad de alcanzar un peso ideal y así lograr pertenecer a una categoría de peso específica, y, por otro lado, se reporta mayor consumo de alimentos cuando se está fuera de esta fase. En este estudio no se obtuvo información que permitiera conocer si los atletas se encontraban en la fase pre, peri o post competencia, es por ello, que es fundamental que en investigaciones futuras se incluya esta variable para determinar la dinámica existente del comportamiento alimentario de acuerdo con la fase en la que se encuentra el deportista.

Por tanto, para la H4 se rechaza la hipótesis nula, la de las no diferencias y se acepta la hipótesis de trabajo (H4) en la diada estética/pelota. También se acepta la hipótesis nula en la diada estética/contacto. En la H5 se estableció que preocupación por el peso y la comida sería mayor en el grupo de deportes de arte competitivo en comparación con las otras prácticas o disciplinas. Los resultados reportados en este trabajo muestran mayor preocupación por el peso y la comida en deportistas de arte competitivo en comparación con los deportistas de pelota, por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H5. Estos resultados son parecidos a los reportados por Kong y Harris (2015) en atletas australianos.

La hipótesis general que se estableció en este trabajo señala la siguiente relación entre variables: las variables psicológicas afecto negativo, temor al fracaso, regulación emocional y perfeccionismo actuarán como variables mediadoras y/o moderadoras entre práctica deportiva y factores de riesgo de TA

Con respecto al comportamiento alimentario compulsivo, podemos ver que los atletas con riesgo alto en este factor tienen puntajes significativamente más altos en las variables propuestas en comparación de aquellos que tienen riesgo bajo, observando el tamaño del efecto (d de Cohen) más alto en indecisión de acción ($d=1.24$), afecto negativo ($d= 1.13$) y desregulación emocional ($d= 1.12$). Se observa también en la regresión múltiple que la desregulación emocional es parte de un modelo que en conjunto con la edad y la atribución externa explica un 35.5% la varianza. Por medio de las ecuaciones estructurales se puede observar que la desregulación emocional junto con atribución externa promueve el comportamiento alimentario compulsivo. La desregulación emocional es una de las variables que han sido asociadas con este tipo de comportamiento y concuerda con lo reportado por Svaldi et al. (2012a), Chao et al. (2016) y Weinbach et al. (2018). Es importante hacer notar la función que tiene como coadyuvante junto con la atribución externa

(que es entendida como el locus de control externo de a conducta alimentaria), promoviendo la pérdida de control sobre la ingesta del alimento. Considerando que este comportamiento está asociado al trastorno de Bulimia Nerviosa y Trastorno Por Atracón (o atracón subjetivo), es importante determinar en futuras investigaciones, si la presencia de estas variables favorece el desarrollo de comportamientos compensatorios en el caso de la BN o sentimiento de culpa y arrepentimiento que se comparten con el TPA.

En el caso del comportamiento alimentario restrictivo, en la regresión múltiple puede verse que la dimensión indecisión de acción forma parte de un modelo que es explicado por un 33,3% de varianza junto con el comportamiento alimentario normal, esto se confirma en el análisis de moderación, siendo una variable que modera la relación entre la práctica deportiva y el comportamiento alimentario restrictivo. Las personas con puntajes altos en indecisión de acción presentan mayor comportamiento alimentario restrictivo cuando las personas practican deporte. Hay una relación similar cuando el perfeccionismo modera la relación, es decir, las personas presentan mayor comportamiento alimentario restrictivo cuando presentan puntajes altos en perfeccionismo y practican deporte. El perfeccionismo es una de las variables que han sido relacionadas con el control alimentario (Paredes, 2011), ha observado que estar enfocado en la satisfacción corporal promueve mayor restricción dietética (Stoeber et al., 2017; Prnjak et al. 2019). En el caso del afecto negativo y el temor a afectar a personas importantes, las personas con puntajes altos en estas variables tienen mayor comportamiento alimentario restrictivo cuando practican deporte. En el modelo de ecuaciones estructurales se puede observar que el perfeccionismo favorece la preocupación por el peso y la comida y por ende facilita el desarrollo de la conducta alimentaria restrictiva. Sin embargo, es importante hacer notar que la restricción alimentaria es la variable que tuvo menor relación con las otras variables psicológicas propuestas

(ver tabla 7.8), por lo que se recomienda en futuras investigaciones la inclusión de otras variables psicológicas, como, por ejemplo, auto estima o problemas con la imagen corporal (Petrie, 2020).

Si observamos la comparación de medias de los atletas con riesgo alto y bajo en la preocupación por el peso y la comida, se observan diferencias significativas en las variables propuestas en este estudio, siendo los tamaños del efecto más altos en: preocupación por los errores ($d= 1.81$), indecisión de acción ($d= 1.70$), puntaje de perfeccionismo total ($d= 1.84$), afecto negativo ($d= 1.20$), miedo a tener un futuro incierto ($d= 1.35$), temor a afectar a otras personas importantes ($d= 1.32$), temor a sentir vergüenza ($d= 1.15$), temor al fracaso total ($d= 1.35$) y desregulación emocional ($d= 1.16$). Con respecto a los modelos de regresión el perfeccionismo en conjunto con la conducta alimentaria compulsiva y la restrictiva forman un modelo que explica el 51% la varianza. En el análisis de senderos por medio de ecuaciones estructurales se observa que el temor al fracaso y el perfeccionismo tiene una relación directa y de mediación entre la preocupación por el peso y la comida. Hasta el momento no existe un estudio que evalúe de manera puntual esta relación, sin embargo, tiene concordancia teórica, ya que aquellas personas que ven afectados o amenazados su motivos u objetivos tienden a mantener una preocupación constante, en este caso hacia su peso (Gaudreau et al., 2017).

Los atletas con riesgo alto de atribución externa presentan puntajes significativamente más altos en las variables propuestas, siendo mayor el tamaño del efecto en: preocupación por los errores ($d= .98$), indecisión de acción ($d= .99$), expectativas paternas ($d= .95$) puntaje de perfeccionismo total ($d= 1.02$), temor de afectar a otras personas importantes ($d= .92$), desregulación emocional ($d= .96$). Es importante señalar que estos tamaños de (d) tienen implicaciones muy importantes, hablan de una fuerte relación entre las variables independientes/dependientes. Por lo general en las ciencias de la conducta, sociales y de la salud,

los tamaños del efecto suelen ser no mayores de .40. En el modelo de regresión múltiple enfocado a deportistas la indecisión de acción, los años estimados que el deportista lleva practicando deporte (relación negativa) y el comportamiento alimentario compulsivo forman parte de un modelo que explica el 30% de la varianza. Con respecto al análisis de senderos por medio de ecuaciones estructurales se observa que la atribución externa es influida por la desregulación emocional y la preocupación por el peso y la comida, favoreciendo así una relación de mediación para la conducta alimentaria compulsiva. Este factor ha sido reconocido en la literatura como locus de control externo sobre el peso y la comida, donde se ha corroborado la hipótesis que sostiene que aquellas personas con mayor peso, sobre todos, las personas con obesidad muestran niveles altos en este factor (Menéndez-González & Orts-Cortés, 2018) y suelen atribuir como una causa importante de su sobrepeso, los criterios externos que no están bajo su control (Sonntag et al., 2010). Los hallazgos de este estudio coinciden parcialmente con los reportados por Scoffier et al. (2010) que mencionan el rol que tiene junto con el afecto negativo y las actitudes regulatorias para el desarrollo de TA en deportistas.

Con respecto al comportamiento alimentario normal solo el afecto positivo mostró diferencias significativas con respecto a los grupos de bajo y alto riesgo. En el modelo de regresión las variables asociadas fueron: organización, indecisión de acción y temor al fracaso en conjunto con la conducta alimentaria restrictiva, años estimados dentro del deporte, y expectativas paternas son variables que forman parte de un modelo que explica el 44% de varianza. En el caso del análisis de moderación las mujeres deportistas tienen mayor comportamiento alimentario normal si la desregulación emocional modera esta relación. En el modelo general del análisis de ecuaciones estructurales la conducta alimentaria normal no forma parte éste, sin embargo, al elaborar un modelo propio para este factor se puede observar que las variables que median la relación entre el

deporte y la conducta alimentaria normal son: organización, estándares personales y afecto positivo. Considerando que, si bien, el propósito de este trabajo es proporcionar información sobre las variables que influyen en el comportamiento alimentario desadaptativo, este es otro de los hallazgos importantes de este trabajo, ya que el planteamiento de este protocolo nos permitió evaluar las variables psicológicas que están asociadas a la concepción del comportamiento alimentario normal, siendo concordante con la idea de que existe una parte adaptativa del perfeccionismo que favorece la disciplina alimentaria (Scappatura et al., 2011). Por otro lado, no se puede identificar una dirección de causalidad entre la relación afecto positivo y conducta alimentaria normal, es decir, aún no se puede afirmar que el experimentar emociones agradables facilita el hábito de la conducta alimentaria normal o si el cumplimiento de ésta promueve experimentar emociones agradables. Una línea mayor de investigación que se propone ante esta temática es determinar si existe algún perfil de personalidad o variable psicológica que facilite o influya en el desarrollo de la obsesión por la búsqueda de la alimentación “sana” o “equilibrada” (ortorexia) en atletas, considerando que en los últimos años existen estudios que han dado cuenta de ello en población deportista (Bert et al., 2019; Clifford & Blyth, 2019; Kiss-Leizer et al., 2019; Rudolph, 2018; Segura-García et al., 2012), sin embargo, debe aclararse que en este estudio no se estableció como objetivo.

Al igual que en la primera fase de este estudio, no es posible identificar si la pandemia por SARS-CoV-2 tuvo alguna influencia sobre las respuestas emitidas por los participantes, considerando que una parte de la muestra fue población deportista, y quizá esta, pudo estar limitada en su participación deportiva tanto en entrenamiento y competencia.

7.6 Conclusiones.

En primera instancia los resultados descritos en la primera fase de este trabajo dan cuenta de que el IEF obtuvo propiedades psicométricas adecuadas en personas de la república mexicana, por tanto, es útil para utilizarlo en esta población. Además, puede ser de gran utilidad para determinar la relación existente con otras variables entre las que se enlistan, motivación, procrastinación, perfeccionismo y/o diversos problemas de salud mental. Es importante proporcionar más información en el futuro sobre la manera en la que el inventario promueve respuestas diferentes tanto en hombres como en mujeres y por otro lado entre deportistas y no deportistas.

En el caso de la segunda fase del estudio es relevante señalar que la muestra de población no deportista presenta mayor riesgo de TA (H1), sin embargo, se confirma que dentro de la población deportista son las mujeres quienes presentan mayor riesgo en restricción y conducta alimentarias normal (H2). Sin embargo, no hay diferencias en los otros factores de riesgo. Además, se observa, que los deportistas enfocados en deportes de estética tienen un mayor riesgo de alimentación restringida (H3) y preocupación por el peso y la comida (H5) en comparación con los deportes de pelota. No hay diferencia significativa entre los deportistas con relación a la conducta alimentaria compulsiva (H4). Además, los modelos de regresión (que incluyen mediación y moderación) y las ecuaciones estructurales nos permiten observar el grado y la manera en que las variables psicológicas propuestas (desregulación emocional, temor al fracaso, afecto negativo y perfeccionismo) influyen en el desarrollo de riesgo de conducta alimentaria desadaptativa.

7.7 Alcances y Limitaciones.

El principal alcance de la primera fase del estudio es la adaptación del IEF por medio de laboratorios cognoscitivos y jueceo, considerando que en otras poblaciones no se ha llevado a cabo este proceso para su adaptación. Una de las principales limitaciones que dimos a conocer es que el muestreo fue no probabilístico, por lo que los resultados no pueden extenderse a la población de las que se extrajeron las muestras del estudio. Por otro lado, los datos fueron obtenidos por vía remota, y es importante establecer si el IEF promueve respuestas diferentes de manera presencial.

Con relación a la segunda fase del estudio, uno de los aportes de nuestro estudio es el conocimiento del papel, en la práctica deportiva, de variables psicológicas que son exploradas, por primera vez, en población deportista/no deportista mexicana. Por otro lado, una de las principales limitaciones es que la muestra quedó compuesta en su mayoría por personas que se dedican al deporte como recreación, lo que no nos permite determinar la influencia que tiene el deporte de alto rendimiento en la alimentación. Como se observó en la primera fase, la muestra fue obtenida por redes sociales, por tanto, es importante que en futuros estudios se contrasten estos resultados con la evaluación presencial. Cabe mencionar que ambas fases de este estudio se desarrollaron durante el curso de la pandemia de SARS-CoV-2 y desconocemos los efectos que pudo tener esta variable sobre los resultados expuestos en este estudio.

Referencias

- Abbott, W., Brett, A., Brownlee, T. E., Hammond, K. M., Harper, L. D., Naughton, R. J., Anderson, L., Munson, E. H., Sharkey J. V., Randell, K. K., & Clifford, T. (2020). The prevalence of disordered eating in elite male and female soccer players. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00872-0>
- Abdoli, B., Ahmadi, N., Azimzadeh, E., & Afshari, J. (2013). To Determine the Validity and Reliability of Performance Failure Appraisal Inventory. *Journal of Motor Learning and Movement*, 5(2 (12)), 37-48. [DOI: 10.22059/ JMLM.2013.32146](https://doi.org/10.22059/JMLM.2013.32146)
- Akay-Sullivan, S., Sullivan, J. M., & Bratton, S. C. (2016). The courage to be imperfect: A boy's journey toward becoming a child. *Journal of Individual Psychology*, 72, 273–289.
- Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., & Franck, J. (2020). The prevalence of mental health problems in elite athletes. *Journal of science and medicine in sport*, 23(4), 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2019.10.022>
- Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. L. (2014). Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 22–33. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.816769>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 493–501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>

- Alonso, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 368-385.
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B. & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (5), 401-407.
- Altman, S.E. & Shankman S.A. (2009) What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*, 29, 638–646.
- American Psychiatric Association (APA), (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM-III.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association, (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association, (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Amjad, R., Irsha E. & Gul R. (2018). Relationship between competition anxiety and fear of failure among sportsmen and sportswomen. *Journal of Postgraduate Medical Institute*. 32 (1), 65-69.
- Anderson, C. M., Petrie, T. A., & Neumann, C. S. (2011). Psychosocial correlates of bulimic symptoms among NCAA division-I female collegiate gymnasts and

- swimmers/divers. *Journal of sport & exercise psychology*, 33(4), 483–505.
<https://doi.org/10.1123/jsep.33.4.483>
- Artioli, G. G., Franchini, E., Nicastro, H., Sterkowicz, S., Solis, M. Y., & Lancha, A. H., Jr (2010). The need of a weight management control program in judo: a proposal based on the successful case of wrestling. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 7, 15.
<https://doi.org/10.1186/1550-2783-7-15>
- Baldó Vela, D., & Bonfanti, N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5), 1171-1178.
- Baldó Vela, D., Bonfanti, N., & Villarino Marín, L. A. (2022). Eating disorders risk assessment in men who practice team sports. *Frontiers in nutrition*, 9, 957075.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2022.957075>
- Baldó Vela, D., Villarino Marín, A. L., Bonfanti, N., & Lázaro Martínez, J. L. (2021). Prevalence of eating disorders on male team sports players. *BMJ open sport & exercise medicine*, 7(4), e001161. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2021-001161>.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384–405.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Barley, O. R., Chapman, D. W., & Abbiss, C. R. (2018). Weight Loss Strategies in Combat Sports and Concerning Habits in Mixed Martial Arts. *International journal of sports physiology and performance*, 13(7), 933–939. <https://doi.org/10.1123/ijsp.2017-0715>

- Bazterrica, R. D., Fernández, B. L., Blanco, F. A., Calvo, S. R., Casas, R. J., & Faus, B. G. (2012). *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. Madrid: International Marketing & Communication.
- Berengüí, R., Castejón, M. & Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7 (1), 1-8.
- Berkovich, B. E., Stark, A. H., Eliakim, A., Nemet, D., & Sinai, T. (2019). Rapid Weight Loss in Competitive Judo and Taekwondo Athletes: Attitudes and Practices of Coaches and Trainers. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 29(5), 532–538. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.2018-0367>
- Bert, F., Gualano, M. R., Voglino, G., Rossello, P., Perret, J. P., & Siliquini, R. (2019). Orthorexia Nervosa: A cross-sectional study among athletes competing in endurance sports in Northern Italy. *PloS one*, 14(8), e0221399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221399>
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine publishing company
- Brito, C. J., Roas A, F. C., Brito I, S. S., Marins J, C. B., Córdova, C., & Franchini, E. (2012). Methods of body mass reduction by combat sport athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 22(2), 89–97. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.22.2.89>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 565–571. [doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.001](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001)

- Burcaş, S., & Creţu, R. Z. (2021). Multidimensional perfectionism and test anxiety: A meta-analytic review of two decades of research. *Educational Psychology Review*, 33, 249-273.
- Burke, L. M., Slater, G., Broad, E. M., Haukka, J., Modulon, S., & Hopkins, W. G. (2003). Eating patterns and meal frequency of elite Australian athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 13(4), 521–538. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.13.4.521>
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect* 36, 32–39. [doi: 10.1016/j.chiabu.2011.08.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005).
- Byrne, S., & McLean, N. (2002). Elite athletes: effects of the pressure to be thin. *Journal of science and medicine in sport*, 5(2), 80–94. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(02\)80029-9](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(02)80029-9)
- Canbolat, E., & Çakıroğlu, F. P. (2020). Eating Disorders and Nutritional Habits of Female University Athletes. *Spor Hekimligi Dergisi/Turkish Journal of Sports Medicine*, 55(3). [https://doi: 10.5152/tjism.2020.181](https://doi.org/10.5152/tjism.2020.181)
- Chao, A., Grey, M., Whittlemore, R., Reuning, S., Grilo, C., & Sinha R. (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of behavioral medicine*, 39(2), 320-32. [https://doi: 10.1007/s10865-015-9699-1](https://doi.org/10.1007/s10865-015-9699-1).
- Chapman, J., & Woodman, T. (2016). Disordered eating in male athletes: a meta-analysis. *Journal of sports sciences*, 34(2), 101–109. <https://doi.org/10.1080/02640414.2015.1040824>

- Chatterton, J., Petrie, T. A., Schuler, K. L., & Ruggero, C. (2017). Bulimic symptomatology among male collegiate athletes: A test of an etiological model. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 39*, 313–326. <https://doi.org/10.1123/jsep.2016-0257>
- Chemisquy, S. (2017). Las dificultades interpersonales de los perfeccionistas: consideraciones teóricas sobre el modelo de desconexión social. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 9*(2), 00-00.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology, 100*(3), 316.
- Clifford, T., & Blyth, C. (2019). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eating and weight disorders: EWD, 24*(3), 473–480. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0584-0>
- Coleman, S. E., & Caswell, N. (2020). Diabetes and eating disorders: an exploration of 'Diabulimia'. *BMC psychology, 8*(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00468-4>
- Conroy, D. E. (2001). Fear of failure: An exemplar for social development research in sport, *Quest, 53*, 165-183.
- Conroy, D. E., & Coatsworth, J. D. (2007). Coaching behaviors associated with changes in fear of failure: changes in self-talk and need satisfaction as potential mechanisms. *Journal of personality, 75*(2), 383–419. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00443.x>
- Conroy, D. E., Kaye, M. P., & Fifer, A. M. (2007). Cognitive links between fear of failure and perfectionism. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 25*, 237- 253.

- Conroy, D. E., Willow, J. P., & Metzler, J. N. (2002). Multidimensional fear of failure measurement: The performance failure appraisal inventory. *Journal of Applied Sport Psychology, 14*, 76–90.
- Contreras V. J. A. (2017). *¿La desregulación emocional media entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en adolescentes y preadolescentes?* [Tesis para obtener el título de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Correia, M., Rosado, A., & Serpa, S. (2016). Fear of failure in sport: A portuguese cross-cultural adaptation. *Motriz: Revista de Educação Física, 22*, 0376-0382. <https://doi.org/10.1590/S1980-6574201600040024>
- Correia M. C., Rosado, A. F. & Serpa, S. (2018). Fear of Failure and Perfectionism in Sport. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 18* (1), 161-171.
- Correia M. E. & Rosado A. F. (2018). Fear of failure and anxiety in sport. *Annales de psicología, 36* (1), 75-86.
- Correia, M., Rosado, A., & Serpa, S. (2017). Fear of failure in athletes: gender, age and type of sport differences. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 12*(2), 185-193.
- Costarelli, V., & Stamou, D. (2009). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness, 7*(2), 104-111.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*, 1141–1164

- Danner U.N., Sternheim L., & Evers C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorder (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215, 727–732. [https://doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.005](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005)
- Davison, K. K., Earnest, M. B., & Birch, L. L. (2002). Participation in aesthetic sports and girls' weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 312-317.
- de Bruin, A. K., Oudejans, R. R., & Bakker, F. C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 507-520.
- DiGioacchino DeBate, R., Wethington, H., & Sargent, R. (2002). Sub-clinical eating disorder characteristics among male and female triathletes. *Eating and weight disorders: EWD*, 7(3), 210–220. <https://doi.org/10.1007/BF03327459>
- Dooley-Hash, S., Banker, J. D., Walton, M. A., Ginsburg, Y., & Cunningham, R. M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 883–890. <https://doi.org/10.1002/eat.22026>
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., & Egan, S. J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors*, 32, 53-59.

- Egan, S. J., Bodill, K., Watson, H. J., Valentine, E., Shu, C., & Hagger, M. S. (2017). Compulsive exercise as a mediator between clinical perfectionism and eating pathology. *Eating behaviors*, 24, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.11.001>
- El Ghoch, M., Soave, F., Calugi, S., & Dalle, G.R. (2013). Eating disorders, physical fitness and sport performance: A systematic review. *Nutrients*, 5, 5140–5160. <https://doi.org/10.3390/nu5125140>
- Elliot, A. J., & Church, M. A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of personality and social psychology*, 72(1), 218.
- Escobar-Molina, R., Rodríguez-Ruiz, S., Gutiérrez-García, C., & Franchini, E. (2015). Weight loss and psychological-related states in high-level judo athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 25(2), 110–118. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.2013-0163>
- EvaVall, B. A. & Tracey, D. (2015). Predictors of Treatment Outcome in Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International. Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. [https://doi: 10.1002/eat.22411](https://doi.org/10.1002/eat.22411).
- Extremera, N. & Rey, L.(2015). El papel amortiguador de la regulación emocional sobre síntomas de ansiedad y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 22, 47–54.
- Fakra, E., Belzeaux, R., Azorin, J.M., & Adida, M. (2014). Affective disorders and eating disorders. *Encephale*, 46-50. [https://doi: 10.1016/S0013-7006\(14\)70131-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(14)70131-9).

- Filaire, E., Rouveix, M., Pannafieux, C., & Ferrand, C. (2007). Eating attitudes perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists. *Journal of Sports Science and Medicine*, 6(1):50–7.
- Firoozjah, M. H., Shahrbanian, S., Homayouni, A., & Hower, H. (2022). Comparison of eating disorders symptoms and body image between individual and team sport adolescent athletes during the COVID-19 pandemic. *Journal of eating disorders*, 10(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00644-4>
- Fleet, G.L., & Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. American Psychological Association.
- Fogelholm, G. M., Koskinen, R., Laakso, J., Rankinen, T., & Ruokonen, I. (1993). Gradual and rapid weight loss: effects on nutrition and performance in male athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 25(3), 371-377.
- Fortes, L. D. S., Neves, C. M., Filgueiras, J. F., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Body dissatisfaction, psychological commitment to exercise and eating behavior in young athletes from aesthetic sports. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 15, 695-704.
- Fortes, L.deS., Ferreira, M. E., de Oliveira, S. M., Cyrino, E. S., & Almeida, S. S. (2015). A socio-sports model of disordered eating among Brazilian male athletes. *Appetite*, 92, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.005>
- Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). Aesthetic sports as high-risk contexts for eating disorders--young elite dancers and gymnasts perspectives. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 265–274. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37333

- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2013). Individual and relational risk factors for the development of eating disorders in adolescent aesthetic athletes and general adolescents. *Eating and weight disorders : EWD*, *18*(4), 403–411. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0055-6>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, *14*(5), 449-468.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*, *14*(1), 119-126.
- Galli, N., Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J., & Carter, J. (2015). Psychosocial predictors of drive for muscularity in male collegiate athletes. *Body Image*, *14*, 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.009>
- Galli, N., Petrie, T. A., Reel, J. J., Chatterton, J. M., & Baghurst, T. M. (2014). Assessing the validity of the Weight Pressures in Sport Scale for Male Athletes. *Psychology of Men & Masculinity*, *15*(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0031762>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tivolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *48*(5), 532-537. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.031>

- Gaudreau, P., Franche, V., Kljajic, K., & Martinelli G. En: Stoeber, J. (Ed.). (2017). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.
- Godart, N.T., Perdereau, F. & Jeammet, P. (2005). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders. First part: methodological review, *Encéphale*, 31, 44-55.
- Godoy-Izquierdo, D., Díaz Ceballos, I., Ramírez Molina, M. J., Navarrón Vallejo, E., & Dosil Díaz, J. (2019). Risk for eating disorders in " high"-and" low"-risk sports and football (soccer): a profile analysis with clustering techniques. *Revista de psicología del deporte*, 28(2), 0117-126.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J. & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. En G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association
- Goldschmidt, A. B., Wall, M., Choo, T.-H. J., Becker, C., & Neumark Sztainer, D. (2016). Shared Risk Factors for Mood-, Eating-, and Weight- Related Health Outcomes. *Health Psychology*, 35(3), 245-252. [https://doi: 10.1037/hea0000283](https://doi:10.1037/hea0000283).
- Gómez-López, M., Ruiz-Sánchez, V., & Granero-Gallegos, A. (2019). Analysis of the Prediction of Motivational Climate in Handball Players' Fear of Failure. *International journal of environmental research and public health*, 16(3), 344. <https://doi:10.3390/ijerph16030344>
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila A., E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6 (2), 10-22.

- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Pineda, G. & Saloma, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 1* (3), 313-324.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 107–133).
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291. [https://doi.org/10.1017.S0048577201393198](https://doi.org/10.1017/S0048577201393198).
- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry, 26*, 130–137. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Guerrero-Mayorga, D., & Gómez-Pérez-Mitré, G. L. (2022). Obtención de la calidad psicométrica del Performance Failure Appraisal Inventory (FAI) en población mexicana. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social, 8*(2), e8022022464. <https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.e.8.2.2022.464>

- Guirao, J. E. M. (2014). *Construyendo los cuerpos “perfectos”. Implicaciones culturales del culto al cuerpo y la alimentación en la vigorexia*. *Universitas-XXI: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (21), 77-99.
- Gutiérrez, P. L. (1998). La preparación psicológica en los deportes de equipo de los juegos con pelota. *Revista Antioqueña de Medicina Deportiva*, 1.
- Gustafsson, H., Sagar, S. S., & Stenling, A. (2017). Fear of failure, psychological stress, and burnout among adolescent athletes competing in high level sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27 (12), 2091 -2102. [https://doi: 10.1111/sm](https://doi.org/10.1111/sm)
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15(1), 27–33.
- Hardin, M., & Greer, J. D. (2009). The influence of gender-role socialization, media use and sports participation on perceptions of gender-appropriate sports. *Journal of sport behavior*, 32(2), 207.
- Hardy L. (1992). Psychological stress, performance, and injury in sport. *British Medical Bulletin*, 48(3), 615-629.
- Hauck, C., Schipfer, M., Ellrott, T., & Cook, B. (2020). The relationship between food addiction and patterns of disordered eating with exercise dependence: in amateur endurance athletes. *Eating and weight disorders : EWD*, 25(6), 1573–1582. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00794-6>
- Haynos, A. F., Roberto, C. A., & Attia, E. (2015). Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia

nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 93-98.
<https://doi:10.1016/j.comppsy.2015.03.004>.

Haynos, A. F., Wang, S. B., & Fruzzetti, A. E. (2018). Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eating Disorders*, 26(1), 5- 12.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418264>

Henry, M. A., Shorter, S., Charkoudian, L. K., Heemstra, J. M., Le, B., & Corwin, L. A. (2021). Quantifying fear of failure in STEM: modifying and evaluating the Performance Failure Appraisal Inventory (PFAI) for use with STEM undergraduates. *International Journal of STEM Education*, 8(1), 1-28. <https://doi:10.1186/s40594-021-00300-4>

Henschel, C., & Iffland, B. (2021). Measuring fear of failure: Validation of a German version of the Performance Failure Appraisal Inventory. *Psychological Test Adaptation and Development*. Advanceonlinepublication.<http://dx.doi.org/10.1027/2698-1866/a00001>

Hernández A., A. (2006). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas. Tesis de Doctorado. México: UNAM.

Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., & Marmor, A.K. (1996) Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 843- 859.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423–438

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303–1325
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicide behavior. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and Suicide. Theory, Research and Therapy* (pp. 215– 235). Washington DC: American Psychological Association.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.
- Holic, R. I. (2018). The validation of performance failure appraisal inventory for the educational context of high school students in Romania. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Psychologia-Paedagogia*, 63(1), 49-78. <http://doi:10.24193/subbpsychped.2018.1.0>
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94–103.
- Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., & Joiner, T. E., Jr (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *The International journal of eating disorders*, 42(1), 47–53. <https://doi.org/10.1002/eat.2056>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton
- Hsu, L. K. G., Kaye, W., & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 305 –318.

- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. & Kessler, R.C. (2007): The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Hulley, A. J., & Hill, A. J. (2001). Eating disorders and health in elite women distance runners. *The International journal of eating disorders*, 30(3), 312–317. <https://doi.org/10.1002/eat.1090>
- Jayasekara, K. B., Weerakkody, P. P., & Jayasekara, K. G. T. (2015). A Study on the Prevalence of Eating Disorders among National Level Female Boxing Players in Sri Lanka. <http://repo.lib.sab.ac.lk:8080/xmlui/handle/123456789/313>
- Jeong, C. K. (2010). Correlates of disordered Eating Behaviors among Female collegiate Taekwondo Athletes. *PAN (Physical activity and nutrition)*, 14(4), 211-217.
- Jonnalagadda, S.S., Ziegler, P.J & Nelson, J.A. (2004). Food preferences, dieting behaviors, and body image perceptions of elite figure skaters. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 14(5), 594–606.
- Kahraman, N., & Sungur, S. (2016). Adaptation of the Performance Failure Appraisal Inventory PFAI into Turkish. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(3), 223-239.
- Kampouri, D., Kotopoulea-Nikolaidi, M., Daskou, S., & Giannopoulou, I. (2019). Prevalence of disordered eating in elite female athletes in team sports in Greece. *European journal of sport science*, 19(9), 1267-1275. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1587520>

- Kantanista, A., Glapa, A., Banio, A., Firek, W., Ingardn, A., Malchrowicz, E., Markiewicz, P., Ploszaj, K., Ingarden, M. y Mackowiak, Z. (2018). Body image of highly trained female athletes engaged in different types of sport. *BioMed Research International*. <https://doi:10.1155/2018/6835751>
- Karrer, Y., Halioua, R., Mötteli, S., Iff, S., Seifritz, E., Jäger, M., & Claussen, M. C. (2020). Disordered eating and eating disorders in male elite athletes: a scoping review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 6(1), e000801.
- Kaye, M.P., Conroy, D.E., & Fifer, A.M. (2008). Individual differences in incompetence avoidance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 110-132.
- Kannis-Dymand, L., Hughes, E., Mulgrew, K., Carter, J. D., & Love, S. (2020). Examining the roles of metacognitive beliefs and maladaptive aspects of perfectionism in depression and anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 442-453.
- Kerr, G. A., & Stirling, A. E. (2012). Parents' reflections on their child's experiences of emotionally abusive coaching practices. *Journal of Applied Sport Psychology*, 24(2), 191-206. <https://doi.org/10.1080/10413200.2011.608413>
- Kiss-Leizer, M., Tóth-Király, I., & Rigó, A. (2019). How the obsession to eat healthy food meets with the willingness to do sports: the motivational background of orthorexia nervosa. *Eating and weight disorders : EWD*, 24(3), 465–472. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00642-7>
- Kong, P., & Harris, L. M. (2015). The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused

- sports. *The Journal of psychology*, 149(1-2), 141–160.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2013.846291>
- Koppenburg, C., Saxer, F., Vach, W., Lüchtenberg, D., & Goesele, A. (2022). Eating disorder risks and awareness among female elite cyclists: an anonymous survey. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, 14(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s13102-022-00563-6>
- Krane, V., Choi, P. Y., Baird, S. M., Aimar, C. M., & Kauer, K. J. (2004). Living the paradox: Female athletes negotiate femininity and muscularity. *Sex roles*, 50(5), 315-329, Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2013). A longitudinal investigation of sports-related risk factors for disordered eating in aesthetic sports. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 23(3), 303–310. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01380.x>
- Kristjánisdóttir, H., Sigurðardóttir, P., Jónsdóttir, S., Þorsteinsdóttir, G., & Saavedra, J. (2019). Body Image Concern and Eating Disorder Symptoms Among Elite Icelandic Athletes. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2728. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152728>
- Lanier, S. A. (1993). *Fundamentos de la teoría y metodología del entrenamiento deportivo*. 2da, edición. Edt. San Antonio.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a Cognitive - Motivational - Relational theory of emotion . *American Psychologist*, 46, 819 - 834.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler T., Zipfel, S. & Giel, K. E. (2014) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 49, 125-134. <https://doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Martínez, L., Fernández, T., Molina, A., Bueno, A., Cápelo R., Mateos, R. & Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados. *Nutrición Hospitalaria*, 30 (4), 927-934.
- Martínez Rodríguez, A., Vicente Salar, N., Montero Carretero, C., Cervelló Gimeno, E., & Roche Collado, E. (2015). Eating disorders and diet management in contact sports; eat-26 questionnaire does not seem appropriate to evaluate eating disorders in sports. *Nutricion hospitalaria*, 32(4), 1708–1714. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9214>
- Martínez-Rodríguez, A., Vicente-Martínez, M., Sánchez-Sánchez, J., Miralles-Amorós, L., Martínez-Olcina, M., & Sánchez-Sáez, J. A. (2021a). Eating Disorders in Top Elite Beach Handball Players: Cross Sectional Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(3), 245. <https://doi.org/10.3390/children8030245>
- Martínez-Rodríguez, A., Vicente-Salar, N., Montero-Carretero, C., Cervelló-Gimeno, E., & Roche, E. (2021b). Weight Loss Strategies in Male Competitors of Combat Sport Disciplines. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(9), 897. <https://doi.org/10.3390/medicina57090897>
- McGregor, H. A., & Elliot, A. J. (2005). The shame of failure: Examining the link between fear of failure and shame. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 218–231.
- Menéndez-González, L., & Orts-Cortés, M. I. (2018). Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus control. *Enfermería Clínica*, 28(3), 154-161.

- Moate, R. M., Gnilka, P. B., & Holm, J. M. (2021). Alcohol and substance use symptom differences between classes of perfectionists. *Journal of Counseling & Development*, 99(3), 337-347.
- Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation, self-image and eating disorder symptoms in University Women. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0083-x>
- Morillas, A. S., Sánchez, A. G., & Santana, M. V. (2022). Insatisfacción corporal y trastornos de conducta alimentaria en gimnastas: revisión sistemática. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (44), 577-585.
- Moy, J., Petrie, T. A., Dockendorff, S., Greenleaf, C., & Martin, S. (2013). Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. *Eating behaviors*, 14(4), 529–532. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.014>
- Mujika I. (2017). Quantification of Training and Competition Loads in Endurance Sports: Methods and Applications. *International journal of sports physiology and performance*, 12(Suppl 2), S29–S217. <https://doi.org/10.1123/ijsp.2016-0403>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M.M. (2014). Dialectical behavior therapy skills: an intervention for emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 491-508). The Guilford Press.

- Nelson, M., & Jette, S. (2021). Down with the Thickness?: Male Olympic Weightlifters' Negotiations of Weight Class, Strength, & Body Composition. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2021.1969996>
- Neves, C. M., Filgueiras Meireles, J. F., Berbert de Carvalho, P. H., Schubring, A., Barker-Ruchti, N., & Caputo Ferreira, M. E. (2017). Body dissatisfaction in women's artistic gymnastics: A longitudinal study of psychosocial indicators. *Journal of sports sciences*, 35(17), 1745–1751. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1235794>
- Özkarabulut, A. H., & Yürek, M. A. (2017). Basketbol kulüplerindeki kız ve erkek öğrencilerin beslenme durumları ve arasındaki farklar. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 239-259.
- Padrós Blázquez, F., Soria-Mas, C., & Navarro Contreras, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes?. *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical psychology review*, 28(3), 366–386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Paredes, K. F., Díaz, J. M. M., Arévalo, R. V., Rayón, G. Á., & Aguilar, X. L. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10(3), 829-840.
- Petrie T., A. (2020). Eating Disorders in Sport. En: Tenenbaum, G., & Eklund, R. C. (Eds.). (2020). *Handbook of sport psychology*. John Wiley & Sons.

- Petrie, T. A., & Greenleaf, C. (2012). Eating Disorders in Sport. In S. Murphy (Ed.), *Oxford handbook of sport and performance psychology* (pp. 635–659). New York, NY: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., & Kaye, W. H. (2007). The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, *12*(5), 347–358. <https://doi.org/10.1017/s1092852900021155>
- Platas- Acevedo, R. S. ., & Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, *23*(2), 251-259.
- Prather, H., Hunt, D., McKeon, K., Simpson, S., Meyer, E. B., Yemm, T., & Brophy, R. (2016). Are Elite Female Soccer Athletes at Risk for Disordered Eating Attitudes, Menstrual Dysfunction, and Stress Fractures? *PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation*, *8*(3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.07.003>
- Prnjak, K., Jukic, I., & Tufano, J. J. (2019). Perfectionism, Body Satisfaction and Dieting in Athletes: The Role of Gender and Sport Type. *Sports (Basel, Switzerland)*, *7*(8), 181. <https://doi:10.3390/sports7080181>.
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D., & Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*. *49* (5), 439 - 454. <https://doi.org/10.1002/eat.22506>
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when

- upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 713–720. [https://doi:10.1002/eat.22145](https://doi.org/10.1002/eat.22145).
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L., & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 248–262. <https://doi.org/10.1037/a0035828>
- Rawat, S. (2019). Reliability of performance failure appraisal inventory on sports persons of delhi. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education*, 4 (1), 1607-1609.
- Reel, J. J., SooHoo, S., Petrie, T. A., Greenleaf, C., & Carter, J. E. (2010). Slimming down for sport: Developing a weight pressures in sport measure for female athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 4(2), 99-111. <https://doi.org/10.1123/jcsp.4.2.99>
- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Davis, M. (2003). Dimensions of affect relationships: Models and their integrative implications. *Review of general psychology*, 7(1), 66-83.
- Richardson, A., & Chen, M. (2022). Female Competitive Powerlifters relationship with Body Image: Utilising the Multidimensional Body Image Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *The Sports Journal*, 24.
- Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L. & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18, 186-191. [https://doi:10.1016/j.eatbeh.2015.05.011](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.011).

- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.
- Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2014). The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 2(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0030-2>
- Rodríguez, G. V. (2006). “Programa de preparación mental para los equipos representativos de la UNAM”. [Tesis para obtener el título de doctorado de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52–57.
- 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 sports medicine*, 28(4), 340–345. <https://doi.org/10.1055/s-2006-924334>
- Rudolph S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(5), 581–586. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>
- Ruiz, Á., & Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 37(3), 493-499.

- Rüst, C. A., Knechtle, B., Knechtle, P., Barandun, U., Lepers, R., & Rosemann, T. (2011). Predictor variables for a half marathon race time in recreational male runners. *Open access journal of sports medicine*, 2, 113–119. <https://doi.org/10.2147/OAJSM.S23027>
- Sagar, S. S., Lavallee, D., & Spray, C. M. (2007). Why young elite athletes fear failure: consequences of failure. *Journal of sports sciences*, 25(11), 1171–1184. <https://doi.org/10.1080/02640410601040093>
- Sagar, S. S., & Stoeber, J. (2009). Perfectionism, fear of failure, and affective responses to success and failure: the central role of fear of experiencing shame and embarrassment. *Journal of sport & exercise psychology*, 31(5), 602–627. <https://doi.org/10.1123/jsep.31.5.602>
- Sagar, S. S., & Jowett, S. (2010). Validation of a Multidimensional Measure of Fear of Failure in a British Sample: The Performance Failure Appraisal Inventory (PFAI). *International Journal of Coaching Science*, 4(1), 49 – 63.
- Salinas, P. J., & Gómez Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Psicología y salud*, 19(2), 271-280.
- Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrão, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., Hounie, A. G., Fossaluzza, V., do Rosario, M. C., Fontenelle, L. F., Petribu, K., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *The International journal of eating disorders*, 43(4), 315–325. <https://doi.org/10.1002/eat.20697>
- Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de investigaciones*, 18, 81-88.

- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A.C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: a meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*, 261-276. [https://doi: 10.1007/s10964-016-0585-0](https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0)
- Schtscherbyna, A., Soares, E. A., de Oliveira, F. P., & Ribeiro, B. G. (2009). Female athlete triad in elite swimmers of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, *25*(6), 634–639. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2008.11.029>
- Scoffier, S., Paquet, Y., & d'Arripe-Longueville, F. (2010). Effect of locus of control on disordered eating in athletes: the mediational role of self-regulation of eating attitudes. *Eating behaviors*, *11*(3), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.02.002>
- Scott, C. L., Haycraft, E., and Plateau, C. R. (2019). Teammate influences on the eating attitudes and behaviours of athletes: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, *43*, 183–194. [https://doi: 10.1016/j.psychsport.2019.02.006](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.02.006)
- Segura-García, C., Papanianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and weight disorders: EWD*, *17*(4), e226–e233. <https://doi.org/10.3275/8272>
- Shriver, L. H., Wollenberg, G., & Gates, G. E. (2016). Prevalence of disordered eating and its association with emotion regulation in female college athletes. *International Journal of Sports Nutrition and Exercise Metabolism*, *26*, 240–248. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.2015-0166>

- Siebrand, M., & Kruse, S. (2022). Engaged or Addicted? Exploring the Effects of Entrepreneurial Fear of Failure on Work Investment. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2022, No. 1, p. 13228). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 207-216. <https://doi:10.1007/s10964-005-9003-8>
- Slater, G., & Phillips, S. M. (2013). Nutrition guidelines for strength sports: sprinting, weightlifting, throwing events, and bodybuilding. *Journal of sports sciences*, 29 Suppl 1, S67–S77. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.574722>
- Smith, K. A., Naughton, R. J., Langan-Evans, C., & Lewis, K. (2022). “Horrible—But Worth It”: Exploring Weight Cutting Practices, Eating Behaviors, and Experiences of Competitive Female Taekwon-Do Athletes. A Mixed Methods Study. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(aop), 1-15.
- Somasundaram, P., & Burgess, A. M. (2018). The role of division iii sports participation in the relationship between perfectionism and disordered eating symptomology. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12, 57-74. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2017-0013>
- Sonntag, U., Esch, T., von Hagen, L., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2010). Locus of control, self-efficacy and attribution tendencies in obese patients - implications for primary care consultations. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 16(7), CR330–CR335.
- Sophia, B., Kelly, P., Ogan, D., & Larson, A. (2022). Self Reported History of Eating Disorders, Training, Weight Control Methods, and Body Satisfaction in Elite Female Runners

- Competing at the 2020 U.S. Olympic Marathon Trials. *International journal of exercise science*, 15(2), 721–732
- Stoeber, J. (Ed.). (2017). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.
- Stoeber, J., Madigan, D. J., Damian, L. E., Esposito, R. M., & Lombardo, C. (2017). Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: the central role of perfectionistic self-presentation. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(4), 641–648. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0297-1>
- Stoeber, J., Stoll, O., Pescheck, E., & Otto, K. (2008). Perfectionism and goal orientations in athletes: Relations with approach and avoidance orientations in mastery and performance goals. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 102–121.
- Stoyel, H., Shanmuganathan-Felton, V., Meyer, C., & Serpell, L. (2020a). Psychological risk indicators of disordered eating in athletes. *PloS one*, 15(5), e0232979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232979>
- Stoyel, H., Slee, A., Meyer, C., & Serpell, L. (2020b). Systematic review of risk factors for eating psychopathology in athletes: A critique of an etiological model. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/erv.2711>
- Sundgot-Borgen J. (1994) Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 26(4):414-419.

- 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.
- Sundgot-Borgen, J., Meyer, N. L., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Maughan, R. J., Stewart, A. D., & Müller, W. (2013). How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission. *British journal of sports medicine*, *47*(16), 1012–1022. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092966>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012a). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry research*, *197*(1-2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Lackner, H. K., Zimmermann, S., & Naumann, E. (2012b). The effects of emotion regulation on the desire to overeat in restrained eaters. *Appetite*, *59*(2), 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.016>
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, *15*, 253-274.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *46*(2), 118–131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>

- Teixidor-Batlle, C., Ventura, C., & Andrés, A. (2021). Eating Disorder Symptoms in Elite Spanish Athletes: Prevalence and Sport-Specific Weight Pressures. *Frontiers in psychology, 11*, 559832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559832>
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681–706). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Terán-Espinoza, J. D., & Alcivar-Paredes, O. G. (2020). Vigorexia en fisicoculturistas del gimnasio Evolve de Portoviejo. *Dominio de las Ciencias, 6*(4), 618-631.
- Thiebaut, S., Godart, N., Radon, L., Courtet, P., & Guillaume, S. (2019). Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *L'Encephale, 45*(1), 60–73. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.06.001>
- Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B., & Herpertz, S. (2015). Eating disorders and their putative risk factors among female German professional athletes. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association, 23*(4), 269–276. <https://doi.org/10.1002/erv.2360>
- Thompson-Memmer, C., Glassman, T., & Diehr, A. (2019). Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American college health: Journal of American College Health, 67*(7), 620–626. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1500470>
- Tordera, C. P. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Caballo, V. E., *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.

- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E. & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), 150-160.
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: A review. *Psychopathology*, 39, 55-68
- Uriegas, N. A., Winkelmann, Z. K., Pritchett, K., & Torres-McGehee, T. M. (2021). Examining Eating Attitudes and Behaviors in Collegiate Athletes, the Association Between Orthorexia Nervosa and Eating Disorders. *Frontiers in nutrition*, 8, 763838. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.763838>
- Vacca, M., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2021). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 32-51.
- Vardar, E., Vardar, S.A., & Kurt, C. (2007). Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 8 (2), 143–147.
- Vargas, L. A., Morillas, A. S., Bedoya, J. L., & Santana, M. V. (2021). Percepción de la imagen corporal en adolescentes practicantes y no practicantes de gimnasia acrobática. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (39), 71-77.
- Vargas, M. L. F. P., & Winter, S. (2021). Weight on the bar vs. weight on the scale: A qualitative exploration of disordered eating in competitive female powerlifters. *Psychology of Sport and Exercise*, 52, 101822.

- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSMIV TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>.
- Verdugo, G. V., Armas, E. H., Baños, R., Jiménez, J. M., & Rentería, I. (2020). Distorsión de la imagen corporal y trastornos alimentarios en adolescentes gimnastas respecto a un grupo control de adolescentes no gimnastas con un IMC similar. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (37), 297-302
- Visotzky, D. (2010). ‘Preparación física para deportes de combate’. Editorial Kier.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Weber, S. E., Harris, M. M., Wright, H. H., & Manore, M. M. (2017). Assessment of disordered eating and orthorexia nervosa in endurance athletes following gluten and wheat-free diets (GWD). *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 49(5S), 712.
- Weinbach, N., Sher, H., & Bohon, C. (2018). Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 46(6), 1351–1358. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0365-7>
- Werner, A., Thiel, A., Schneider, S., Mayer, J., Giel, K. E., & Zipfel, S. (2013). Weight-control behaviour and weight-concerns in young elite athletes - a systematic review. *Journal of eating disorders*, 1, 18. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-18>

- Wilson, G. T. (2011). Treatment of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 773–783. <https://doi: 10.1016/j.psc.2011.08.011>
- Wollenberg, G., Shriver, L. H., & Gates, G. E. (2015). Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating behaviors*, 18, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.008>
- Wyon, M. A., Hutchings, K. M., Wells, A., & Nevill, A. M. (2014). Body mass index, nutritional knowledge, and eating behaviors in elite student and professional ballet dancers. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 24(5), 390–396. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000054>
- Zickgraf, H. F., Ellis, J. M., & Essayli, J. H. (2019). Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices. *Appetite*, 134, 40-49.

Anexo 1. Formato para obtención de validez de contenido.

**Validación por juicio de expertos del
Inventario de Evaluación del Fracaso (IEF)**

El presente documento tiene como objetivo desarrollar la validación del instrumento “Inventario de Evaluación del Fracaso (IEF)” en población mexicana.

El IEF mide la fuerza de las creencias que tienen los individuos en cinco posibles consecuencias aversivas de fracasar. Se proporcionan puntuaciones para cada uno de estos cinco temores de fracaso, las cuales son:

- (a) Miedo a experimentar vergüenza y humillación.
- (b) Miedo a devaluar la autoestima.
- (c) Miedo a tener un futuro incierto.
- (d) Miedo de perder el interés de otros.
- (e) Miedo de afectar a personas importantes.

Estos factores están correlacionados entre sí y su varianza común se puede establecer en un solo factor de orden superior que representa un temor general al fracaso.

Este miedo general al fracaso puede interpretarse como la fortaleza de la creencia de un individuo de que el fracaso generalmente se asocia con consecuencias aversivas y/o graves. El IEF se generó a partir de esos 5 factores.

Referencia:

Conroy, D.E., Willow, J.P., & Metzler, J.N. (2002). Multidimensional fear of failure measurement: The Performance Failure Appraisal Inventory. *Journal of Applied Sport Psychology*, 14 , 76-90.

Formato de evaluación por jueces.

Estimado _____, usted ha sido invitado/a a participar como juez/a para la validación de un instrumento que mide la predisposición del temor al fracaso en deportistas. Por tanto, se muestra a continuación un formato/guía que tiene como objetivo registrar comentarios y apreciaciones para cada reactivo del instrumento de investigación.

La siguiente tabla le permitirá calificar cada dimensión (conjunto de reactivos) así como cada uno de los reactivos según corresponda.

Categorías	Indicador
<p>SUFICIENCIA Los reactivos que pertenecen a la misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</p>	<p>1= Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión. 2= Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden a la dimensión total. 3= Se deben incrementar algunos reactivos para poder evaluar la dimensión completamente. 4= Los reactivos son suficientes.</p>
<p>CLARIDAD El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas</p>	<p>1= El reactivo no es claro. 2= El reactivo requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas. 3= Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo. 4=El reactivo es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.</p>
<p>COHERENCIA El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<p>1= El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión 2= El reactivo tiene una relación tangencial con la dimensión 3= El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 4= El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo</p>
<p>RELEVANCIA El reactivo es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</p>	<p>1= El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. 2= El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. 3= El reactivo es relativamente importante. 4= El reactivo es muy relevante y debe ser incluido</p>

Agradecemos de antemano sus aportes, pues permitirán garantizar calidad y obtener información válida en este proceso de investigación.

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Recomienda: a) Mantener b) Modificar c) Eliminar	OBSERVACIONES
1. Miedo a experimentar vergüenza y pena.	Cuando no tengo éxito en lo que me dedico, creo que valgo menos en comparación de cuando si lo tengo.	4	3	2	1	a	
	Cuando no tengo éxito, me desanimo con facilidad.		4	3	3	C	
	Cuando fracaso, me da vergüenza que otros se den cuenta.		4	4	4	A	
	Cuando fracaso, me avergüenza pensar que muchas personas se den cuenta.		4	4	4	A	
	Cuando algo me sale mal, pienso que las personas tienen razón de no creer en mí.		4	4	4	A	
	Cuando fallo, me preocupa lo que los demás piensen de mí		4	4	4	A	
	Cuando fracaso, me preocupa que otros piensen que no estoy haciendo mi mejor esfuerzo.		4	4	4	a	
2. Miedo a devaluar la autoestima.	Cuando las cosas me están saliendo mal, creo que es porque no lo estoy enfrentando inteligentemente.	4	3	3	3	B	
	Cuando fallo en algo con importancia, pienso que es por mi falta de talento.		4	4	4	A	

	Cuando estoy fallando en algo de importancia, me aterra pensar que es por mi falta de talento.		3	3	2	b	
	Cuando fallo en algo importante, me frustra y/o enoja que el resultado no esté bajo mi control.		4	2	4	B	
3. Miedo a tener un futuro incierto.	Cuando algo importante no me sale bien, empiezo a dudar de mi futuro.	3	4	4	4	A	
	Cuando las cosas me salen mal, pienso que mis planes futuros cambiarán		4	3	2	b	
	Cuando fracaso, se estropean mis planes para el futuro.		4	4	4	A	
	Cuando fracaso, me preocupa que esto afecte mis metas y/u objetivos en el futuro.		4	4	4	a	
4. Miedo de perder el interés de otros	Cuando no tengo o no demuestro éxito ante los demás, pienso que se desinteresan de mí.	4	2	4	4	A	
	Cuando no tengo éxito, parece que las personas que me rodean tienen menos interés en ayudarme		4	4	4	A	
	Cuando no tengo éxito, las personas tienden a dejarme solo/sola.		4	4	4	A	
	Cuando no tengo éxito, creo que las personas pierden el		4	4	3	A	

	interés que tienen en mí.					
	Cuando no tengo éxito, creo que pierdo valor como persona frente a los demás.		3	4	4	A
5. Miedo de afectar a personas importantes.	Cuando fracaso en algo importante, creo que a mis seres queridos les afecta emocionalmente.	4	4	4	4	A
	Cuando estoy fallando en algo importante, creo que mis seres queridos me critican negativamente		3	4	4	A
	Cuando algo importante no me sale bien, creo que mis seres queridos dejan de confiar en mí.		4	3	3	A
	Cuando estoy fallando en algo importante, siento que afecto la felicidad de mis seres queridos.		4	4	4	A
	Cuando fallo, creo que decepciono a mis seres queridos.		4	4	2	a

Anexo 2. Consentimiento informado de la primera fase del estudio.

Título del proyecto: Variables Psicológicas en Atletas de Alto Rendimiento y Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios.

Investigador principal: David Guerrero Mayorga

Sede donde se realizará el estudio: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Av. Universidad 3004 Col. Universidad Nacional Autónoma de México. Edificio D cubículo 11 mezzanine

Se propuso como objetivo trabajar con el Inventario de Evaluación del Fracaso (IEF) como parte de un estudio que pretende estudiar la relación entre actitudes hacia al fracaso y conductas alimentarias de riesgo en deportistas mexicanos.

Por favor lee con cuidado la siguiente información y pregunta al investigador (davidguema@gmail.com) si hay algo que no está claro o si requieres más información. Este estudio se sometió a la aprobación del comité ético del posgrado de la facultad de psicología de la UNAM.

El tiempo aproximado de aplicación de este instrumento es de 15 minutos. Incluye preguntas enfocadas a actitudes con relación a: edad, peso, altura, actividad física, ejercicio y deporte.

Tus respuestas contribuirán al estudio de los factores de riesgo que pueden propiciar el desarrollo de trastornos alimentarios en el deporte. Con esto puedes aportar conocimiento para que en un futuro sea posible desarrollar programas de intervención sin costo, aplicables en instituciones y así compensar tu tiempo y esfuerzo.

Para el propósito de esta investigación te pedimos que respondas el cuestionario de manera anónima. El investigador pondrá todo su esfuerzo para proteger tu anonimato. Se usará código de asignación para la protección de tus datos.

¡TU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA !

De ti depende si eres parte o no del mismo. Si tú decides formar parte de esta actividad, se te pedirá que aceptes este consentimiento. Después de aceptar, aún eres libre para dejarlo en cualquier momento sin tener que dar ninguna razón. Dejar este estudio no tendrá repercusión alguna. Si dejas el cuestionario antes de terminar de responder las preguntas tu información será excluida y/o eliminada, ¡Gracias por tu participación!

CONSENTIMIENTO. He leído y entiendo la información dada y he tenido la oportunidad de preguntar. Entiendo que al responder este cuestionario doy mi consentimiento para formar parte del estudio. Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de dejarlo en cualquier momento sin tener que explicar el motivo. ¿Desea participar en esta investigación? Si/No

Anexo 3. Tabla de hipótesis. Segunda fase del estudio.

Hipótesis de investigación general	Hipótesis de investigación	Decisión estadística
1.-Existe mayor factor de riesgo (frecuencia y magnitud) de TA en deportistas en comparación con los no deportistas.	A) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario compulsivo</u> en deportistas en comparación con los no deportistas.	Se confirma
	B) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas en comparación con los no deportistas.	Se rechaza
	C) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas en comparación con los no deportistas	Se confirma
	D) Existe mayor riesgo de <u>atribución externa</u> en deportistas en comparación con los no deportistas.	Se rechaza
	E) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario normal</u> en deportistas en comparación con los no deportistas.	Se confirma
2.- Existirá mayor presencia de factores de riesgo en TA en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	A) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario compulsivo</u> en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	Se rechaza
	B) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	Se confirma
	C) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	Se rechaza
	D) Existe mayor riesgo de <u>atribución externa</u> en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	Se rechaza
	E) Existe mayor riesgo del <u>comportamiento alimentario normal</u> en deportistas femeninas en comparación con deportistas masculinos.	Se confirma
3.-Se encontrará mayor riesgo de comer restringido en aquellos atletas cuya disciplina deportiva corresponde a deportes de estética comparados con los que practican deportes de pelota y contacto.	A) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de contacto</u>	Se rechaza
	B) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de resistencia</u>	Se rechaza
	C) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de pelota</u>	Se confirma
	D) Existe mayor riesgo de <u>comportamiento alimentario restrictivo</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de fuerza y resistencia</u>	Se rechaza
4.-Se encontrará un mayor riesgo de comer compulsivo en atletas de deportes de contacto en comparación con deportistas de pelota y arte competitivo.		Se rechaza
5.-Se encontrará relación significativa entre preocupación por el peso y la comida y grupo de deportes de arte competitivo. El riesgo será mayor en éstos en comparación con las otras prácticas o disciplinas.	A) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de contacto</u>	Se rechaza
	B) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de resistencia</u>	Se rechaza
	C) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de pelota</u>	Se confirma
	D) Existe mayor riesgo de <u>preocupación por el peso y la comida</u> en deportistas de arte competitivo en comparación con <u>deportistas de fuerza y resistencia</u>	Se rechaza
6.- Se encontrarán puntajes más altos en los factores: de temor al fracaso en personas que practican deportes colectivos o de pelota, en comparación con el resto de los deportes.	A) Existen diferencias significativas en los puntajes de temor al fracaso entre deportes de <u>pelota</u> y deportes de <u>contacto</u>	Se rechaza
	B) Existen diferencias significativas en los puntajes de temor al fracaso entre deportes de <u>pelota</u> y deportes de <u>resistencia</u>	Se rechaza
	C) Existen diferencias significativas en los puntajes de temor al fracaso entre deportes de <u>pelota</u> y deportes de <u>arte competitivo</u>	Se rechaza
	D) Existen diferencias significativas en los puntajes de temor al fracaso entre deportes de <u>pelota</u> y deportes de <u>fuerza</u>	Se rechaza
7.-Las variables psicológicas afecto negativo, temor al fracaso, regulación emocional y perfeccionismo actuarán como variables mediadoras entre práctica deportiva y factores de riesgo de TA.		Se confirma

Anexo 4. Consentimiento informado de la segunda fase del estudio

Investigador: David Guerrero Mayorga

Sede donde se realizará el estudio: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Av. Universidad 3004 Col. Universidad Nacional Autónoma de México. Edificio D cubículo 11
Mezzanine

Se propuso como objetivo investigar la interacción de las variables psicológicas que intervienen en la gestación y mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo en deportistas mexicanos. Por favor lee con cuidado la siguiente información y pregunta al investigador (davidguema@gmail.com) si hay algo que no está claro o si requieres más información. Este estudio se sometió a la aprobación del comité ético del posgrado de la facultad de psicología de la UNAM.

El tiempo aproximado de aplicación de este instrumento es de 20/25 minutos. Incluye algunas preguntas de carácter sociodemográfico como preguntas relacionadas con edad, peso, altura actividad deportiva etc. Así como otras preguntas relacionadas con creencias y actitudes hacia diferentes aspectos de la vida diaria.

Tus respuestas contribuirán al estudio de los factores de riesgo que pueden propiciar el desarrollo de trastornos alimentarios en el deporte. Con esto puedes aportar conocimiento para que en un futuro sea posible desarrollar programas de intervención sin costo, aplicables en instituciones y así compensar tu tiempo y esfuerzo.

Para el propósito de esta investigación te pedimos que respondas el cuestionario de manera anónima. El investigador pondrá todo su esfuerzo para para proteger tu anonimato. Se usará código de asignación para la protección de tus datos.

¡TU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA!

De ti depende si eres parte o no del mismo. Si tú decides formar parte de esta actividad, se te pedirá que aceptes este consentimiento. Después de aceptar, aún eres libre para dejarlo en cualquier momento sin tener que dar ninguna razón. Dejar este estudio no tendrá repercusión alguna. Sí dejas el cuestionario antes de terminar de responder las preguntas tu información será excluida y/o eliminada, ¡Gracias por tu participación!

CONSENTIMIENTO He leído y entiendo la información dada y he tenido la oportunidad de preguntar. Entiendo que al responder este cuestionario doy mi consentimiento para formar parte del estudio. Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de dejarlo en cualquier momento sin tener que explicar el motivo. ¿Desea participar en esta investigación?

Anexo 5. Análisis de mediación.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO COMPULSIVO

N 100 deportistas. Perfeccionismo y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Preocupación por los errores	edad	Comportamiento alimentario compulsivo	-.1987*	-.1134***	.0698**	.0923***	.0225 (.0034 .0444)	.24
	tiempo en el deporte		-.2670**	-.0880***	.0688 **	.0923***	.0235 .0688 (.0055 .0496)	.25
	Atribución externa		.0940***	.4127***	.0535 *	.0923***	.0388 (.0152 .0726)	.42
	Desregulación externa		.4607***	.0890**	.0513 *	.0923***	.0410 (.0155 .0762)	.44
Indecisión de acción	edad	Comportamiento alimentario compulsivo	-.6312***	-.1017 ***	.1899 ***	.2541***	.0642 (.0227 .1183)	.25
	Preocupación por el peso y la comida		.3789***	.2959 ***	.1370 *	.2491***	.1121 (.0398 .2106)	.45
	Atribución externa		.2511***	.3822***	.1581**	.2491***	.0960 (.0361 .1797)	.39
	Desregulación emocional		1.4481***	.0703*	.1523 *	.2541***	.1018 (.0153 .1997)	.40
Expectativas paterna	tiempo en el deporte	Comportamiento alimentario compulsivo	-.5578*	-.0931***	.1332*	.1852**	.0519 (.0099 .1107)	.28
	Preocupación por el peso y la comida		.1851*	.3361***	.1333*	.1955***	.0622 (.0141 .1235)	.32

Perfeccionismo	edad	Comportamiento alimentario compulsivo	-.1214***	-.1086***	.0271*	.0402***	.0132 (.0049 .0241)	.33
	tiempo en el deporte		-.1279**	-.0868**	.0291**	.0402***	.0111 (.0032 .0223)	.28
	Atribución externa		.0448***	.4120***	.0218*	.0402***	.0185 (.0076 .0327)	.46
N 100 deportistas. Afecto negativo								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Preocupación por los errores	edad	Comportameinto alimentario compulsivo	-.3821**	-.1031***	.1126**	.1520***	.0394 (.0153 .0697)	.26
	tiempo en el deporte		-.3180*	-.0863***	.1239***	.1513***	.0274 (.0041 .0635)	.18
	Preocupación por el peso y la comida		.1842	.3124***	.0980**	.1457***	.0477 (.0138 .0948)	.33
	Atribución externa		.1288***	.3951***	.1011**	.1520 ***	.0509 (.0176 .1039)	.33
	Desregulación externa		.6854***	.0790**	.0978*	.1520***	.0542 (.0156 .0999)	.36
N 100 deportistas. Temor al fracaso y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
miedo a perder la estima de otros	edad	Comportameinto alimentario compulsivo	-.4308*	-.1201***	.0828*	.1346**	.0517 (.0127 .0995)	.39
	tiempo en el deporte		-.5100**	-.0937 ***	.0921 *	.1399**	.0481 (.0107 .1014)	.34
Temor a afectar a personas importantes	tiempo en el deporte		-.6926**	-.0910***	-.1163*	.1793**	.0630 (.0186 .1224)	.35
Temor al fracaso	edad		-.1384**	-.1172***	.0343**	.0506**	.0162	.32

							(.0033 .0316)	
	edad		-.1815	-.0905	.0353	.0517	.0164 (.0046 .0311)	.31

N 100 deportistas. Preocupación por el peso								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c'	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Preocupación por el peso y la comida	Tiempo en el deporte	Comportamiento alimentario compulsivo	-.8533**	-.0724**	.3225 ***	.3843***	.0618 (.0087 .1349)	.16
	Indecisión de acción		.6310***	.1370*	.2959***	.3823***	.0864 (.0151 .1647)	.22
	Expectativas paternas		.3472**	.1333**	.3361 ***	.3823***	.0463 (.0043 .1101)	.12
	Afecto negativo		.7136**	.0980**	.3124 ***	.3823***	.0699 (.0204 .1361)	.19
	Atribución externa		.2616**	.3402***	.2933***	.3823***	.0890 (.0257 .1906)	.23
	Desregulación emocional		.9792**	.0719**	.3119 ***	.3823***	.0704 (.0164 .1358)	.18
N 100 deportistas. Preocupación por el peso y conducta alimentaria normal								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c'	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Atribución externa	Edad	Comportamiento alimentario compulsivo	-1.0420***	-.0914**	.3891 ***	.4844***	.0953 (.0345 .1660)	.20
	Tiempo en el deporte		-1.3354***	-.0668**	.3946***	.4837***	.0891 (.0253 .1737)	.18
	preocupación por los errores		1.3400***	.0535**	.4127 ***	.4844***	.0717 (.0056 .1606)	.15

	Indecisión de acción		.6458***	.1581**	.3822***	.4844***	.1021 (.0276 .1933)	.21
	Perfeccionismo		3.3249***	.0218*	.4120***	.4844***	.0724 (.0059 .1585)	.15
	Afecto negativo		.8836***	.1011**	.3951***	.4844***	.0893 (.0293 .1594)	.19
	preocupación por el peso y la salud		.3761 **	.2933***	.3402***	.4505***	.1103 (.0306 .2273)	.24
	Desregulación emocional		1.1896***	.0786***	.3909***	.4844***	.0935 (.0296 .1758)	.19
Conducta alimentaria normal	Desregulación emocional	Comportamiento alimentario compulsivo	-.5016*	.1005***	-.1272*	-.1776***	-.0504 (-.0981 -.0055)	.28

N 100 deportistas. Desregulación emocional								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Desregulación emocional	Edad	Comportamiento alimentario compulsivo	-.3094***	= - .0998***	.0854 ***	.1163***	.0309 (.0124 .0552)	.26
	Tiempo en el deporte		.2655	-.0798***	.0899***	.1156***	.0257 (.0070 .0536)	.22
	Indecisión de acción		.3016 ***	.1523*	.0703 *	.1163***	.0459 (.0065 .0900)	.40
	Afecto negativo		.3807***	.0978*	.0790 **	.1163 ***	.0372 (.0124 .0688)	.32
	preocupación por el peso y la salud		.1142***	.3119***	.0719**	.1075***	.0356 (.0114 .0690)	.33
	Atribución externa		.0963***	.3909***	.0786 ***	.1163***	.0377 (.0142 .0729)	.32

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESTRICTIVO

N 100 deportistas. Perfeccionismo y temor al fracaso con sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Estándares personales	Temor a afectar a otras personas importantes	Comportamiento alimentario restrictivo	.5217***	.1582*	.1919 *	.2744**	.0825 (.0062 .1922)	.30
Estándares personales	Temor al fracaso		1.6678***	.0417*	.2048*	.2744**	.0696 (.0003 .1851)	.25
Temor a afectar a personas importantes	Estándares personales		.2755***	.1919*	.1582*	.2110**	.0529 (.0060 .1087)	.25
Temor a sentir vergüenza	Estándares personales		.2441 *	.2207 *	.1988 *	.2527 *	.0539 (.0048 .1167)	.21
Temor al fracaso	Estándares personales		.0678***	.2048*	.0417 *	.0556**	.0139 (.0008 .0289)	.25

N 100 deportistas. EFRATA								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto

Preocupación por el peso y la comida	Atribución externa	Comportamiento alimentario restrictivo	.2616 *	-.2340 *	.4132 **	.3520***	-.0612 (-.1277 -0.0167)	-.17
Conducta alimentaria normal	Desregulación emocional		-.4700 *	.1051***	.2704***	.2210***	-.0494 (-.1086 -0.0017)	-.22
Desregulación emocional	Conducta alimentaria normal		-.1151**	.2704***	.1051***	.0740*	-.0311 (-.0655 -0.0011)	.42

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

N 100 deportistas. Perfeccionismo y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Preocupación por los errores	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	.0872 ***	.4431***	.1260***	.1647***	.0386 (.0116 .0728)	.23
	Conducta alimentaria restrictiva		.0608 *	.4603 ***	.1367 ***	.1647**	.0280 (.0014 .0637)	.17
Indecisión de acción	Conducta alimentaria compulsiva		.2491***	.4329***	.2711***	.3789***	.1078 (.0328 .2187)	.28
	Conducta alimentaria restrictiva		.1458*	.4684 ***	.3106 ***	.3789***	.0683 (.0094 .1497)	.18
Estándares personales	Temor a afectar a personas importantes		.3860**	.1920*	.2008*	.2749**	.0741 (.0093 .1573)	.27
	Temor al fracaso		1.2406**	.0642**	.1953 *	.2749*	.0796 (.0079 .1735)	.29
	Conducta alimentaria restrictiva		.1690*	.5418***	.1834*	.2749*	.0916 (.0037 .2096)	.33

Expectativas de los padres	Perfeccionismo		3.8414***	.1026 ***	-.2090***	.1851 *	.3941 (.2101 .5990)	2.12
Perfeccionismo	Expectativas de los padres		.1494 ***	-.2090 *	.1026 ***	.0714***	-.0312 (-.0618 -.0025)	-.43
	Conducta alimentaria compulsiva		.0389***	.4515 ***	.0538***	.0714 ***	.0176 (.0056 .0301)	.24
	Conducta alimentaria restrictiva		.0257 *	.4718***	.0592***	.0714 ***	.0121 (.0006 .0275)	.16

N 100 deportistas. Afecto negativo, temor al fracaso y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Afecto negativo	Temor a perder la estima de otros	Preocupación por el peso y la comida	.2356***	.1636*	.1142*	.1527**	.0385 (.0005 .0969)	.25
	Atribución externa		.1141 **	.2839 *	= .1203*	.1527 **	.0324 (.0033 .0787)	.21
	Desregulación emocional		.6522***	.0780 *	.1019*	.1527**	.0509 (.0038 .1163)	.33
Temor a afectar mi futuro	Conducta alimentaria compulsiva		.1032*	.5487***	.1488**	= .2054***	.0566 (-.0004 .1354)	.28
Temor a perder la estima de otros	Afecto negativo		.5269 ***	.1142*	.1636*	.2237 **	.0602 (.0069 .1298)	.27
	Conducta alimentaria compulsiva		.1432**	.5433***	.1459*	.2237**	.0778 (.0061 .1808)	.34

	Desregulación emocional		.6531**	.0877*	.1665 *	.2237**	.0573 (.0061 .1345)	.26
Temor a afectar a personas importantes	Conducta alimentaria compulsiva		.1640**	.5470 ***	.1502*	.2399 **	.0897 (.0163 .1886)	.37
temor a sentir vergüenza	Desregulación emocional		.9364***	.0907**	.2027**	.2877**	.0849 (.0124 .2112)	.30
Temor al fracaso	Conducta alimentaria compulsiva		.0431**	.5308***	.0523**	.0752***	.0229 (.0028 .0507)	.20

N 100 deportistas. EFRATA y DE								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por los errores	Preocupación por el peso y la comida	1.3504***	.1260 ***	.4431***	.6133***	.1702 (.0544 .3275)	.28
	Indecisión de acción		.6654***	.2711***	.4329 ***	.6133 ***	.1804 (.0532 .3297)	.42
	Perfeccionismo		3.0080***	.0538***	.4515***	.6133***	.1618 (.0560 .3267)	.26
	Temor al fracaso		1.5754 *	.0523**	.5308***	.6133***	.0824 (.0032 .1907)	.13
Conducta alimentaria restrictiva	Preocupación por los errores		.9947**	.1367***	.4603***	.5962***	.1360 (.0087 .3097)	.23
	Indecisión de acción		.4114*	.3106***	.4684 ***	.5962 ***	.1278 (.0152 .2910)	.21
	Perfeccionismo		2.1015*	.0592***	.4718 ***	.5962***	.1245 (.0054 .2807)	.21
Atribución externa	Afecto negativo		.7666**	.1203*	.2839*	.3761**	.0923 (.0113 .2034)	.25

	Miedo a un futuro incierto		.7044***	.1556 *	.2665 *	.3761**	.1096 (.0038 .2450)	.29
	Temor al fracaso		2.1108***	.0590**	.2516*	.3761 **	.1246 (.0225 .2493)	.33
	Desregulación emocional		1.0817 **	.0897*	.2791*	.3761 **	.0970 (.0176 .2134)	.26
Desregulación emocional	Temor al fracaso		.7479 ***	.0546*	.0734 *	.1142**	.0408 (.0026 .0919)	.36

ATRIBUCIÓN EXTERNA

N 100 deportistas. Perfeccionismo y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstraping	Tamaño del efecto
Preocupación por los errores	Tiempo en el deporte	Atribución externa	-.2655 **	-.0867**	.0779**	.1010***	.0230 (.0056 .0460)	.23
	Conducta alimentaria compulsiva		.0923***	.4438***	.0531***	.0940***	.0410 (.0182 .0664)	.44
	Desregulación emocional		.4681***	.0645*	.0732 *	.1034***	.0302 (.0046 .0631)	.29
Indecisión de acción	.2541 ***		.4170***	.1452 ***	.2511***	.1060 (.0480 .1747)	.42	
Expectativas paterna	Edad		-.7986***	-.0852*	.1361*	.2041 **	.0680 (.0126 .1427)	.33
	Temor a sentir vergüenza		.3230 ***	.1829*	.1451 *	.2041**	.0591 (.0065 .1248)	.29

	Conducta alimentaria compulsiva		.1852**	.4541 ***	.1233 *	.2074**	.0841 (.0346 .1377)	.41
	Preocupación por el peso y la comida		.7972***	.0814 **	.1393*	.2041**	.0649 (.0199 .1283)	.32
Perfeccionismo	Edad		-.1222 ***	-.0776*	.0387 **	.0482***	.0095 (.0018 .0215)	.20
	Tiempo en el deporte		-.0832**	-.0832**	.0367 **	.0474***	.0106 (.0030 .0206)	-.14
	Miedo a tener un futuro incierto	.1420***	.1390*	.0285*	.0482***	.0197 (.0003 .0460)	.41	
	Conducta alimentaria comulsiva	.0402***	.4307 ***	.0275**	.0448***	.0173 (.0082 .0281)	.39	

N 100 deportistas. Afecto negativo								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Afecto negativo	Edad	Atribución externa	-.3767***	-.0823*	.1143**	.1452**	.0310 (.0056 .0662)	.21
	Tiempo en el deporte		-.3292*	-.0879 **	.1152**	.1441***	.0289	.20

							(.0052 .0651)	
	Preocupación por errores		.8328*	.0663*	.0900*	.1452***	.0552 (.0042 .1176)	.39
	Miedo a perder la estima de los otros		.2652***	.1837***	.0965**	.1452***	.0487 (.0097 .1101)	.34
	Preocupación por el peso y la comida		.1527**	.2022*	.0832 *	1141**	.0309 (.0043 .0686)	.27
	Desregulación emocional		.6874 ***	.0644*	.1010*	.1452***	.0443 (.0124 .0896)	.30

N 100 deportistas. Temor al fracaso y sus factores								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c'	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Miedo a tener un futuro incierto	Edad	Atribución externa	-.4337	-.0829**	.1809 ***	.2169***	.0359 (.0054 .0882)	.17
	Tiempo en el deporte		-.5238**	-.0802**	.1843***	.2263***	.0420 (.0094 .0843)	.19
	Conducta alimentaria compulsiva		.1346**	.4428 ***	.1389**	.1985***	.0596 (.0127 .1234)	.30

Miedo a perder la estima de otros	Tiempo en el deporte		-.5271**	-.0831**	.1994***	.2432***	.0438 (.0101 .0815)	.18
	Indecisión de acción		.5544 ***	.1755*	.1446*	.2418***	.0973 (.0108 .1815)	.40
	Afecto negativo		.6025***	.0965**	.1837***	.2418***	.0582 (.0053 .1119)	.24
	Preocupación por el peso y la comida		.1582**	.4418 ***	.1492**	.2191***	.0699 (.0133 .1475)	.32
	Desregulación emocional		.7348***	.0688*	.1913***	.2418***	.0505 (.0138 .1057)	.21
Temor a afectar a personas importantes	Edad		-.6279***	-.0842**	.1691**	.2219***	.0529 (.0101 .1119)	.24
	Tiempo en el deporte		-.7012***	-.0840**	.1679**	.2268 ***	.0589 (.0185 .1172)	.26
	Afecto negativo		.8552***	.1010*	.1355 *	.1281	.0864 (.0130 .1627)	.39
	Conducta alimentaria compulsiva		.1765**	.4622 ***	.1135*	.1951**	.0816 (.0254 .1489)	.42
	Desregulación emocional		1.1190***	.0688*	.1450*	.2219***	.0769 (.0144 .1528)	.35
Temor a sentir vergüenza	Tiempo en el deporte		.5236 ***	.1451 **	.1829**	.2588**	.0760	.29

								(.0156 .1495)	
	Conducta alimentaria compulsiva		.1723*	.4768 ***	.1445*	.2267**		.0822 (.0044 .1779)	.36
	Desregulación emocional		1.0662 ***	.0809 **	.1726*	.2588 **		.0862 (.0286 .1713)	.33
Temor al fracaso	Tiempo en el deporte		-.1844***	-.0777***	.0614***	.0757***		.0143 (.0044 .0269)	.19
	Conducta alimentaria compulsiva		.0506 **	.4355***	.0450**	.0670***		.0220 (.0061 .0426)	.33

N 100 deportistas. EFRATA								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c'	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Conducta alimentaria compulsiva	Indecisión de acción	Atribución externa	.6996 ***	.1452*	.4170***	.5185***	.1016 (.0146 .2155)	.20
	Temor a afctetar mi futuro		.5454**	.1389**	.4428 ***	.5185***	.0758 (.0031 .1616)	.15
	Miedo a perder la estima de otros		.5144**	.1492**	.4418***	.5185 ***	.0768 (.0055 .1672)	.15

	Temor al fracaso		1.8449**	.0450**	.4355***	.5185***	.0830 (.0110 .1711)	.16
Preocupación por el peso y la comida	Tiempo en el deporte		-.8533**	-.0827**	.1779*	.2484 **	.0705 (.0117 .1596)	.28
	Conducta alimentaria restrictiva		.3520***	-.3147**	.3724***	.2616**	.2616**	-.42

N 100 deportistas. Desregulación emocional								
Variable independiente	Variable mediadora	Variable dependiente	Sendero a	Sendero b	Sendero c´	Sendero c	Efecto de mediación Bootstrapping	Tamaño del efecto
Desregulación emocional	Preocupación por los errores	Atribución externa	.5482***	.0732*	.0645*	.1047***	.0402 (.0070 .0814)	.38
	Afecto negativo		.3990*	.1010*	.0644 *	.1047*	.0403 (.0077 .0737)	.38
	Miedo a perder la estima de otros		.1877 ***	.1913***	.0688**	.1047***	.0359 (.0094 .0734)	.34
	Temor a afectar a otras personas importantes		.2478 *	.1450**	.0688**	.1047***	.0359 (.0033 .0773)	.34
	Temor al fracaso		.8564 *	.0572**	.0557*	.1047 ***	.0490 (.0154 .0919)	.47

Anexo 6. Efectos estandarizados directos e indirectos del modelo completo

Efectos indirectos

	Práctica deportiva	Afecto negativo	Desregulación Emocional	Temor al fracaso	Perfeccionismo	Preocupación por el peso y la comida	Atribución externa
Temor al fracaso	...	0.001	...	...	...	...	...
Perfeccionismo	...	0.001	0.001	...	...	...	...
Preocupación por el peso y la comida	0.003	0.001	0.001	0.003	...	...	...
Atribución externa	0.002	0.001	0.001	0.001	0.003	...	...
Conducta alimentaria compulsiva	0.003	0.001	0.001	0.001	0.004	0.001	...
Conducta alimentaria restrictiva	0.002	0.001	0.006	0.001	0.003	0.001	0.001

Efectos directos

	Práctica deportiva	Afecto negativo	Desregulación Emocional	Temor al fracaso	Perfeccionismo	Preocupación por el peso y la comida	Atribución externa	Conducta alimentaria restrictiva
Desregulación Emocional	...	0.001	...	...	...	...	...	...
Temor al fracaso	...	0.001	0.001	...	...	...	...	...
Perfeccionismo	0.002	0.001	...	0.001	...	...	...	...
Preocupación por el peso y la comida	0.005	0.004	...	...	...
Atribución externa	0.006	...	...	0.001	...	...
Conducta alimentaria compulsiva	0.001	0.001	...
Conducta alimentaria restrictiva	0.001	...	0.001

Anexo 7. Efectos estandarizados directos e indirectos de la conducta alimentaria normal

Efectos indirectos

	Práctica deportiva	Estándares Personales	Afecto Positivo	Organización
Estándares Personales	...	...	...	...
Afecto Positivo	0.009	...	...	...
Organización	0.001	0.014	...	...
Conducta alimentaria normal	0.001	0.002	0.009	...

Efectos directos

	Práctica deportiva	Estándares Personales	Afecto Positivo	Organización
Estándares Personales	0.002	...	...	...
Afecto Positivo	0.002	0.018	...	...
Organización	...	0.005	0.01	...
Conducta alimentaria normal	0.002	...	0.002	0.013