



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Monografía

Trabajo Final de Grado

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN
EL DEPORTE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

Cecilia Picorele Nantes

C.I.: 4.965.121-2

Tutora: Prof. Adj. Patricia Domínguez

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2022

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción.....	4
3. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	5
3.1. Antecedentes	5
3.2. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	6
3.3. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.....	8
4. El cuerpo.....	12
4.1. ¿Cómo construimos nuestro cuerpo?.....	12
4.2. Imagen corporal	15
5. El deporte y la actividad física	17
5.1. Los TCA en el deporte y la actividad física.....	19
5.2. Factores de riesgo en el desarrollo de un TCA en el deporte y la actividad física	21
5.3. Deportes de riesgo para el desarrollo de un TCA.....	25
5.3.1. Deportes de estética: danza, patinaje artístico, gimnasia y nado sincronizado	25
5.3.2. Deportes de categorías: judo, lucha y remo	27
5.3.3. Deportes de gimnasio: aerobio, fitness y culturismo.....	28
5.3.4. Deportes de resistencia y rendimiento con bajo peso: atletismo, natación y ciclismo	30
6. Evaluación de los TCA en el deporte y la actividad física.....	33
7. Psicología del deporte.....	37
7.1. Rol del psicólogo deportivo	38
7.2. Tratamiento y abordaje de los TCA en deportistas: ¿Cómo es posible la prevención?.....	40
8. Testimonios de deportistas en lo referente al deporte y a los TCA.....	44
9. Conclusiones finales	50
10. Referencias bibliográficas	52

1. Resumen

En el presente trabajo monográfico correspondiente al Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, se abordará una revisión bibliográfica de los trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, deporte y actividad física. Se trabajará sobre cómo estos trastornos alimentarios circulan y forman parte de los diferentes trastornos psicológicos que pueden presentarse en el deporte.

El deporte es una práctica que supone múltiples beneficios en el bienestar físico, mental y social, pero realizar una práctica deportiva inadecuada puede terminar perjudicando a la salud física y mental. Con los cambios sociales a lo largo de los años, se ha ido forjando con más fuerza el objetivo de mantener un buen estado físico a través de la práctica del deporte. Dicho objetivo puede tener un fin estético, como conseguir bajar de peso, mantenerse delgados o tener una imagen corporal determinada. De esta manera, el deporte ha pasado de ser considerado un medio para mejorar la salud o para ocupar el tiempo libre, a convertirse en un medio para alcanzar un ideal de belleza impuesto por la sociedad actual.

Se plantea problematizar en torno a estos trastornos alimentarios en el área deportiva para poder dar visibilidad a las diferentes personas y deportistas que se encuentran inmersos y transitan estas patologías, por lo que a lo largo de la presente monografía se exponen los diferentes factores de riesgo presentes en el deporte, así como también los deportes considerados de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, factores y deportes de riesgo, psicología del deporte.

2. Introducción

El presente trabajo se realiza en el marco del Trabajo Final de Grado (TFG) correspondiente a la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La temática y el objetivo principal de este trabajo es exponer cómo es que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) circulan y forman parte de los diferentes trastornos psicológicos que pueden presentarse en el deporte y la actividad física.

La elección de este tema tiene fundamentación tanto académica como personal. A lo largo de la Licenciatura de Psicología fue de sumo interés la bibliografía que trabaja la temática de los trastornos alimentarios, pero los mismos no llegan a abordarse en profundidad a lo largo de la formación. Por esa razón, es que tomo al presente trabajo como una oportunidad para poder formarme en dicho tema y poder generar más conocimientos que permitan producir intervenciones que fortalezcan y prevengan el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en el deporte y la actividad física.

El objetivo de esta monografía es poner en diálogo, desde la perspectiva de diversos autores, cómo es que se produce la construcción de nuestro cuerpo, así como también la imagen corporal y cómo la insatisfacción corporal conduce a una distorsión, la cual termina constituyendo una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios. También está el objetivo de trasladar este eje central de los TCA al área deportiva, específicamente indagar qué factores de riesgo están presentes en el deporte, como también los diferentes deportes de riesgo que pueden aumentar las probabilidades de desarrollar un trastorno alimentario, o terminar de acentuar uno ya incipiente.

Se aborda a la psicología del deporte como una subdisciplina dentro de las ciencias del deporte y se trabaja el rol de psicólogo deportivo, incluyendo cuáles serían las diferentes formas de intervenir para poder prevenir el desarrollo de un TCA y los múltiples tratamientos posibles en caso de que la prevención no sea suficiente.

Para finalizar, la monografía se estructuró en seis capítulos, de los cuales se desprenden subcapítulos, a modo de poder organizar cada apartado contribuyendo a su mejor comprensión.

3. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

3.1. Antecedentes

Previo a definir qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se considera pertinente comenzar por lo que fueron los antecedentes de los mismos, para desarrollar posteriormente lo que fue el comienzo de los estudios.

Para el desarrollo de los antecedentes, se toman como referencia a los autores Vázquez Arévalo, López Aguilar, Ocampo Tellez-Girón, & Mancilla-Diaz (2015) quienes realizan un recorrido histórico de dichos trastornos, con el fin de dar cuenta de los cambios y modificaciones que atravesó la concepción de TCA. Estos autores expresan en primer lugar que los Trastornos de la Conducta Alimentaria han existido en nuestra sociedad desde hace décadas, pero que es después de la II Guerra Mundial cuando se inicia con la concepción actual de los trastornos alimentarios.

En la década de 1960, el modelo de la neurosis sirve de base para las explicaciones psicopatológicas, consiguiendo que en la siguiente década se les considere un área de interés en la Medicina y en la Psiquiatría. En 1980, fundamentado en los estudios de Russell (1979) y Bruch (1973) aparece por primera vez la anorexia nerviosa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera versión (DSM III), la cual contaba con la bulimia como un subtipo. Posteriormente, en la tercera versión revisada (DSM-III-TR) se agrega al término de bulimia y el origen psicológico de la enfermedad, denominándola bulimia nerviosa (BN).

En 1994 con la aparición de la cuarta edición del manual (DSM-IV), surgen importantes cambios en el área de los entonces llamados trastornos de la conducta alimentaria, los cuales se dividen en dos grandes grupos: los considerados de la infancia y los de inicio en la adolescencia. Estos últimos se agrupan en específicos (que incluyen a la anorexia y bulimia nerviosa) y los no específicos, o TCANE, que incluyen a los cuadros subclínicos y el trastorno por atracón.

Es en el 2013 con el DSM-V donde volvemos a encontrar cambios relevantes en la concepción de estas psicopatologías, donde en primer lugar se elimina la clasificación de trastornos de la conducta alimentaria en “infancia” y “adolescencia”, pasando a una sola clasificación denominada “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”

encontrándose allí todos los subtipos de trastornos que anteriormente estaban subdivididos en categorías.

Esto implicó un cambio en la nominación y definición, ya que la nueva definición integra una concepción más amplia de los trastornos alimentarios, debido a que incluye la posibilidad de alteraciones no solo en el comportamiento alimentario, sino que también en la absorción de los alimentos contemplando áreas de deterioro significativo, ampliando de esta forma el espectro del diagnóstico a cualquier edad.

3.2. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hacen referencia al conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados con una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal (Márquez, 2008). Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predisponiendo a los individuos a la desnutrición o a la obesidad. Estos trastornos se asocian a una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Portela, Da Costa, Mora & Raich, 2012).

Por otro lado el DSM-V (2014) define los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos como:

Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (p. 329)

Los trastornos de la conducta alimentaria se han encontrado a lo largo de toda la vida, aunque son más frecuentes durante la adolescencia (12-18 años). Se pueden dar en ambos sexos pero aparecen principalmente en el sexo femenino, ya que las mujeres muestran en general una mayor inestabilidad de la autoimagen, menor autoestima y cierta insatisfacción con su cuerpo en comparación con los hombres (Márquez, 2008).

Kernberg (2005 citado en Bravo, 2016) señala que la mayoría de los “pacientes con trastornos graves de la conducta alimentaria, sufren de una significativa patología del carácter” (p.199). En hombres, los TCA se relacionan principalmente con el Trastorno

Obsesivo Compulsivo, mientras que en el caso de las mujeres, la asociación es mucho mayor, involucrando Trastornos Vinculantes, Trastornos Fobo-obsesivos, Trastorno Narcisista de la Personalidad, Histeria (en el sentido más clásico posible), Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos Depresivos.

Los TCA llevan a los pacientes a prácticas de gran riesgo para la nutrición y para su vida. Se ha observado un aumento progresivo de su prevalencia en las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, debido a la presión social que existe sobre el aspecto físico de los adolescentes, a quienes se les proponen patrones de modelos corporales en los que la imagen corporal adquiere un valor en sí misma (Ortiz, Aguiar, Samudio & Troche, 2017).

Bravo (2016) plantea que la base para los diferentes trastornos del comportamiento alimentario se centra en los problemas con la identificación de sensaciones y emociones, en la percepción de la imagen corporal, la dependencia hacia la madre y la fragilidad de la identidad. El eje central radica en la importancia que adquiere la distorsión de la imagen corporal. Esta distorsión, junto con disfunciones de tipo alimentarias son simbólicas, ya que se consideran formas de camuflaje para diversos problemas que no lograron resolverse por otros medios.

Para Nigro & Amorin (2013) los desórdenes alimentarios (DA) tienen una etiología desconocida, aunque multifactorial. Existe una interacción entre genética, herencia cultural y factores sociales, psicológicos y alimenticios. “Estos trastornos son un problema de salud relevante por su prevalencia, su gravedad, el curso clínico prolongado, la tendencia a cronificarse y la necesidad de tratamiento pluri e interdisciplinario” (Bermúdez, Machado & García, p. 241).

En relación con lo anterior, el objetivo principal en el tratamiento de los TCA es promover un estilo de vida saludable, para ello se debe recuperar el peso apropiado, promover una alimentación regular y variada, como también eliminar las conductas compensatorias desadaptativas (Nazario, 2012), incluyendo aquellas relacionadas con una inadecuada práctica de la actividad física.

3.3. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Las dos principales categorizaciones internacionales, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad) describen tres clases principales de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE, según DSM-V) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10).

López & Treasure (2011) plantean que:

Mientras que la AN y BN son las principales categorías diagnósticas con claros y detallados criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TCANE corresponden a una categoría residual, pero no menos importante, que incluye la gran mayoría de los TCA que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional. (p.86)

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que los dos TCA más definidos son la anorexia y la bulimia (Palacios Gil-Antuñano, s/f). En el presente trabajo se desarrollarán dichos trastornos ya que, estadísticamente son los diagnósticos más frecuentes.

Según el DMS-V (2014) la Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por tres puntos básicos, en primer lugar la restricción de la ingesta energética de forma persistente. En segundo lugar, el miedo intenso a ganar peso o engordar y por último, la alteración de la forma de percibir el peso. Estos individuos mantienen un peso que está por debajo del mínimo normal para su edad, sexo, fase del desarrollo y salud física.

Ese miedo constante por engordar no se alivia por la pérdida de peso, sino que por lo contrario, el miedo a ganar peso puede aparecer y aumentar cuando este se pierde debido a la presencia de una alteración de la imagen corporal, ya que la persona no percibe su cuerpo tal cual es. La percepción corporal está distorsionada y su autoestima depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución física.

Estos individuos generalmente no tienen un concepto claro del problema o lo niegan, de manera que son frecuentes comportamientos como el vómito auto provocado, la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas. Cuando el peso es muy bajo pueden aparecer signos y síntomas depresivos: ánimo deprimido, aislamiento social,

irritabilidad, insomnio y disminución del interés sexual. Son muy destacados los síntomas obsesivo-compulsivos, aunque pueden no estar relacionados específicamente con la alimentación.

Las personas con estas características presentan una marcada preocupación por comer en público, sensación de ineficacia, fuerte deseo por controlar su alrededor, pensamiento inflexible, espontaneidad social limitada y contención excesiva de expresión emocional. También se percibe un aumento de la actividad física que a menudo precede el inicio del trastorno. Su comienzo es principalmente en la adolescencia o la edad adulta temprana y suele asociarse a un acontecimiento estresante.

Para el psicoanálisis contextual, la Anorexia Nerviosa se explica desde el rol fundamental de la madre. Díaz & Cruzat (2011) describen a una madre con fallas en la relación temprana y primitiva con su hija, lo cual conlleva a una dificultad en la niña para realizar una verdadera separación e independencia de la madre.

Gabbard (2002) plantea que el origen de la Anorexia Nerviosa se remonta a una falla en la relación entre la bebé y la madre. Específicamente la madre cría a la hija de acuerdo a sus propias necesidades por sobre las de la niña. Esto repercute negativamente en las hijas, ya que no se perciben a sí mismas como un individuo separado, sino como una extensión de su madre.

Por otra parte, la Bulimia Nerviosa (BN) cuenta con tres características principales: episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para no ganar peso y por último la autoevaluación que se ve influenciada indebidamente por el peso y la constitución física. Los atracones y comportamientos compensatorios deben aparecer al menos una vez a la semana por un mínimo de tres meses.

Un episodio de atracón se define como la ingesta excesiva de alimentos en un periodo de tiempo determinado y el cual debe acompañarse por la sensación de falta de control. Estos episodios tienen como desencadenante principal el sentimiento negativo. Otros suelen ser factores estresantes, restricción de la dieta, sentimientos negativos sobre el peso corporal, constitución física y los alimentos, y el aburrimiento.

Muchos individuos con BN emplean las purgas como comportamientos compensatorios para evitar ganar peso, siendo el vómito auto provocado el más frecuente

ya que tiene como efecto inmediato el alivio del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. También puede ocurrir que en algunos casos la finalidad del atracón sea vomitar. Dentro de estos comportamientos compensatorios inapropiados también se encuentran el uso de diuréticos y laxantes.

Retomando a Gabbard (2002) y a sus postulados sobre bulimia nerviosa, el mismo plantea que se ha identificado una dificultad importante con la separación tanto en los progenitores como en la paciente. Un tema común en el desarrollo de las pacientes bulímicas es la ausencia de un objeto transicional, tales como un chupete o una manta, para ayudar a la niña a separarse psicológicamente de su madre. Esta lucha por separarse puede ser representada con la ingesta de comida como representación de un deseo de fusión simbiótica con la madre y la expulsión de comida como un esfuerzo por separarse de ella, además de un temor inconsciente al abandono. Al igual que las madres de pacientes anoréxicas, las madres de las niñas bulímicas generalmente se relacionan con sus hijas como si fueran extensiones de ellas.

Este cuadro se compone también por la realización excesiva de ejercicio. Estos individuos le conceden gran importancia al peso y a la constitución física en su autoevaluación, siendo estos factores realmente importantes para determinar su autoestima.

Muchas veces el curso de estos trastornos es crónico, lo que conlleva a consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte. Su pronóstico mejora cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que la detección precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir dicha cronicidad (López & Treasure, 2011).

López & Treasure (2011) en su artículo exponen las complicaciones médicas que se desprenden de los TCA. Expresan que dichas complicaciones pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo y que los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias. Las autoras expresan que son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta.

Por otro lado, mencionan que algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son: problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas, tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis.

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte. Entre las que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epífisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea.

Entre los trastornos médicos asociados a la BN se encuentran los trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental. Estos son consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas.

Por último, López & Treasure (2011) plantean que en el campo de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA. Estos pueden llegar a afectar el desarrollo psicosocial de los adolescentes en esta etapa crítica del desarrollo. Entre los problemas psicológicos se encuentran el aislamiento social y conflictos familiares, dificultades para fortalecer el autoconcepto, autoestima y autonomía.

4. El cuerpo

4.1. ¿Cómo construimos nuestro cuerpo?

El presente apartado tiene como finalidad exponer cómo se conforma la construcción del cuerpo. Se considera pertinente dedicarle un apartado a este tema ya que es un eje central en lo que refiere a los trastornos de la conducta alimentaria y, como se verá más adelante, también en el deporte.

Desde los primeros estudios médicos, se abordaba al sujeto como un organismo viviente a través de su cuerpo orgánico, siendo este el único objeto de estudio por su visibilidad física, pero fenómenos como lo consciente y lo inconsciente comenzaban a cuestionarse en su funcionamiento (Cazar, 2019).

Orozco (2012 citado en Cazar, 2019) plantea que el cuerpo es un elemento central en la identificación del sujeto. El concepto de cuerpo en psicoanálisis parte de los estudios de Freud con el concepto de las pulsiones, donde lo psíquico y lo corporal se relacionan. Las pulsiones son el paso por el cual el cuerpo puede comunicarse con lo anímico del sujeto, mediante éstas el cuerpo notifica la satisfacción o insatisfacción de las zonas erógenas, en un primer momento, a las necesidades vitales. Es así que el cuerpo es el receptor de los estímulos y sensaciones que provienen del mundo exterior y la madre o la figura primordial es la que proporciona al infante un cuerpo, mediante el paso de las manos es que erotizará las zonas corporales y lo irá descubriendo.

Continuando en la misma línea, Jean Bergès (1999, citado en Cazar, 2019) argumenta mediante el transitivismo la acción de la madre al acompañar a su hijo en la exploración de su cuerpo y las sensaciones. Cuando la madre dice algo acerca de las emociones, sensaciones y experiencias transitadas por el cuerpo del niño, lo introduce en el campo de lo simbólico, brindándole una identificación con el discurso, que le permite anticiparse al peligro y al dolor; además de poder atribuirle un cuerpo. Es necesario que se presente un afecto acompañado del discurso para realizar una identificación.

En base a lo anterior, Espina (2007) plantea que uno de los factores determinantes en la aparición y mantenimiento de estos trastornos es el contexto familiar. Se ha demostrado que existe una correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras de funcionamiento familiar y el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta como la depresión, la neurosis y los trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, se ha investigado que la familia al presentar cierto tipo de organización y funcionamiento (sobrepotección, rigidización de límites, evitación de conflictos) conduce a la aparición y mantenimiento de los TCA. Los síntomas de estas adolescentes conforman un papel central en evitar que se aborde el verdadero conflicto familiar subyacente (Méndez, Vásquez & García, 2008).

Tomando como referencia a Nasio (2008), la imagen especular que el niño ve en los primeros años de vida, hasta los tres, es una apariencia. La imagen que él ve en el espejo es la imagen que los otros ven de él. Es a partir de aquí que el niño da prioridad a las apariencias y no toma en cuenta a las sensaciones internas, es decir que el cuerpo visto se impone al cuerpo vivido y las sensaciones provenientes serán reprimidas. En otras palabras podemos decir que el cuerpo visto está en lo consciente y el cuerpo vivido en lo inconsciente, pero “las imágenes inconscientes del cuerpo se reactivan vivamente cuando el niño atraviesa sus primeras crisis de crecimiento y experimenta intensamente las sensaciones que lo agitan” (p. 23).

Teniendo en cuenta que estas imágenes inconscientes se reactivan durante el crecimiento y desarrollo del niño convirtiéndose en adolescente, es que Martínez de Bagattini (1997) plantea que el cuerpo es inseparable del espacio, del tiempo y de los acontecimientos que suceden, siendo siempre acontecimientos en relación con un otro. Esta relación es la primera organizadora del tiempo y de los acontecimientos que suceden en él, creándose de esta forma las primeras representaciones, las primeras imágenes y los primeros recuerdos.

Orozco (2012) por un lado plantea que la cultura y la ciencia juegan un papel importante en el cuerpo del sujeto ya que proporcionan diferentes instrumentos para generar mejores condiciones de vida. De esta manera, se introducen de forma invasiva en el campo del sujeto respuestas inmediatas de perfeccionismo, tanto en la salud como en el ideal corporal, dando paso a la “felicidad” enmascarada de arte, deporte, ciencia, ideales estéticos, entre otros. Pero, por otro lado Méndez, Vásquez & García (2008) plantean que la mayor influencia sobre el cambio en las conductas de modificación del peso en las adolescentes proviene principalmente de las madres y de las amigas, y no de los padres ni de los medios de comunicación.

Retomando a Nasio (2008), este considera a la Imagen del Cuerpo como la sustancia de nuestro yo. No somos nuestro cuerpo de carne y hueso, somos lo que

sentimos y vemos de nuestro cuerpo: soy el cuerpo que siento y el cuerpo que veo. Nuestro yo es la idea que nos forjamos de nuestro cuerpo, es decir que es la representación mental de nuestras experiencias corporales, representación constantemente influenciada por la imagen que nos devuelve el espejo. “Es indiscutible que nunca percibimos el cuerpo tal como es; siempre lo percibimos en más, en menos, o de algún modo diferente. Solo vemos lo que queremos ver, o mejor dicho, lo que nuestro deseo inconsciente nos pide ver” (Nasio, 2008, p.61).

Llegando a este punto y tomando en cuenta los autores utilizados para poder desarrollar el presente apartado, es que se considera pertinente cerrar el mismo con una síntesis en lo que refiere a la construcción del cuerpo y los diferentes factores y acontecimientos que influyen en la misma. De acuerdo a lo planteado hasta el momento, se puede decir que la imagen que percibimos del cuerpo es una mera construcción simbólica más allá del propio cuerpo anatómico que lo constituye, debido a que este termina construyéndose a partir de expectativas, opiniones, experiencias, como también de miradas que recaen en él desde el propio nacimiento.

Asimismo, también somos lo que el cuerpo siente y ve, ya que el sujeto se forma a partir de las experiencias positivas y negativas que el cuerpo percibe y recibe a lo largo de los años, comenzando en la infancia. Tal como plantea Nasio (2008), “nuestro yo es la idea íntima que nos forjamos de nuestro cuerpo, es decir, la representación mental de nuestras experiencias corporales, representación constantemente influenciada por la imagen que nos devuelve el espejo” (p. 56).

Por otro lado, es pertinente destacar que no existe una construcción totalmente “pura” del yo, ya que la misma de alguna manera siempre se va a ver contaminada por una interpretación y percepción personal de lo que el sujeto siente y ve de su cuerpo en un determinado momento. Nunca se va a percibir el cuerpo como realmente es, sino que se va a forjar una imagen fantaseada tal y como lo imaginamos, la cual va a estar condicionada por las expectativas, opiniones, sentimientos y verbalizaciones de un Otro que recaen y se tienen interiorizadas.

4.2. Imagen corporal

Una imagen es el conjunto de características y propiedades que se le asignan a un objeto, siendo siempre una representación (Silva, 2011). La imagen corporal es lo que vemos de nuestro propio cuerpo, la manera de manifestarse el mismo ante nosotros, por tanto la misma no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, donde las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo son claves. Aquellos sujetos que al evaluar sus dimensiones corporales manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales, presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual, es la precisión con la que se percibe el cuerpo en su totalidad; el componente cognitivo-afectivo, son las valoraciones, actitudes, sentimientos respecto al cuerpo o una parte de éste; y el componente conductual, son las acciones o comportamientos que derivan a partir de la percepción (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

La autovaloración de la imagen corporal es un continuo, el cual puede variar de satisfacción a insatisfacción y se reconoce como un aspecto psicológico (Devlin & Zhu, 2001, citado en Llanes, 2021). La insatisfacción puede generar que se perciban las dimensiones de manera equivocada, mientras que la satisfacción se establecerá al ajustar el cuerpo a los mandatos sociales (Álvarez, López, Mancilla, Ocampo & Vázquez, 2003).

Crispo & Guelar aseguran que cuando hay insatisfacción corporal hay distorsión (2000). Las distorsiones en la percepción de la imagen corporal constituyen una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios (Tordera & Rivera, 2007)

Actualmente existen estándares de belleza basados en modelos prodelgadez, por lo que la internalización de estos ideales supondría un factor de riesgo para el desarrollo de las alteraciones de la imagen corporal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Los medios de comunicación son las fuentes predilectas de conocimiento, habiendo muy poca información y divulgación del tema y un escaso cuidado en los tratamientos para la disminución de peso (Quiñonez, s/f). La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal (Gómez & Acosta, 2003).

Álvarez, et al., (2003) plantean que durante la pubertad ocurren muchos cambios, el dimorfismo sexual es más agudo y la mujer comienza a definirse por su cuerpo, sumándole a su imagen la determinación de la mirada de los otros. El cuerpo es objeto de valoración, por lo cual siente la presión de estar en forma. En general las mujeres presentan mayor interés por su apariencia física y estas presiones indican un mayor descontento para la mayoría (Behar, de la Barrera & Michelotti, 2002). Muchas se aferran a los imaginarios y se obligan a lograrlo (Valdez & Guadarrama, 2008).

Adolescentes y mujeres sufren distorsión de su imagen corporal, no siendo solamente por factores sociales, sino que implica los psicológicos lo que nos les permiten estar conformes, buscando y utilizando distintas maneras de encontrarse y llegando a desarrollar trastornos alimentarios (Crispo & Guelar, 2000). El ideal corporal ataca a esta población tratando de homogeneizarla, siendo la más vulnerable (Martínez & Peña, s/f), implicando una pérdida de peso o grasa, lo que puede precipitar un trastorno alimentario en un sujeto predispuesto o exacerbar uno existente (Bachner-Melman, Constantini, Ebstein, Elizur & Zohar, 2006, citado en Llanes, 2021).

Gómez & Acosta (2003) y Montero, Morales & Carbajal (2004) exponen que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios debido a que una considerable proporción de adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso ya que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal.

5. El deporte y la actividad física

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo como la ausencia de enfermedad. En estos términos, la práctica de ejercicio físico de forma habitual supone una serie de beneficios en todos estos aspectos. Entre los aspectos positivos en el mantenimiento y mejora de la salud física se encuentran: beneficios en el sistema cardiaco, respiratorio o músculo-esquelético (Guillen, Castro & Guillen, 1997). Los beneficios relacionados con la mejora o prevención de cardiopatías son la reducción de la hipertensión arterial o la mejora de los problemas en la columna vertebral. También existe una influencia en la recuperación tras accidentes cerebro vasculares (Olmedilla & Ortega, 2009).

Respecto a los beneficios psicológicos, es posible encontrar estudios en los que se plantean estos beneficios sobre el estado de ánimo, la reducción de la ansiedad, el aumento de la autoestima y una percepción más positiva de la imagen corporal. Se han encontrado beneficios sobre aspectos cognitivos como la memoria, la concentración, la percepción, así como el desarrollo de habilidades sociales (Guillen, Castro & Guillen, 1997). En cuanto al deporte en infantiles, estos beneficios se verán potenciados debido al fin educativo y recreativo que tiene el deporte en sí mismo, siendo además una vía directa para la transmisión de valores individuales como también grupales.

En cuanto a lo beneficioso desde el punto de vista psicosocial se pueden enumerar: el contacto con otros y las relaciones interpersonales, la asunción de normas sociales, la formación en valores como la disciplina, el autocontrol, la superación personal, como también la ocupación saludable del tiempo libre y generación de hábitos de vida saludable (Alfaro, 2000, citado en Dosil, 2003).

A pesar de todos estos beneficios por realizar deporte o actividad física de manera continua y adecuada, no siempre termina dándose de esta forma, ya que una práctica deportiva inadecuada puede terminar perjudicando tanto a la salud física como a la mental de quienes la realizan. Garcés de los Fayos & García Montalvo (1997) destacan algunos de estos perjuicios, entre ellos: la adicción al ejercicio físico, el exceso de competitividad, el carácter laboral del deporte, es decir, la profesionalización y los objetivos resultantes de quienes lo llevan a cabo.

Retomando a Dosil (2003), este toma un estudio de Alfaro (2000) en el cual se describen aspectos negativos de la práctica de deporte, como por ejemplo: la

especialización temprana, el exceso de práctica deportiva, el doping, la comercialización o aspectos sociales como la violencia o el intrusismo. Además de esto, se observa cómo son frecuentes en deportistas el estrés, problemas depresivos, síndrome de burnout (el “estar quemado”), lesiones deportivas por sobreesfuerzo y patologías relacionadas con la alimentación (anorexia y bulimia).

Como consecuencia de los cambios sociales se ha ido tomando con más fuerza el objetivo de mantener un buen estado físico a través de la práctica del deporte o actividad física. Este “buen estado físico” puede tener como objetivo un fin estético, es decir conseguir bajar de peso, mantenerse delgados o tener una imagen corporal determinada (Posadas & Ballesteros, 2004). De esta manera, el deporte ha pasado de ser considerado como un medio para mejorar la salud o como una actividad encaminada a ocupar el tiempo libre, a convertirse en un medio para lograr un ideal de belleza que puede conllevar a una práctica no necesariamente saludable.

En relación con lo anterior, Fernández, Contreras, García & González Villora (2010) realizan un estudio del cual se desprende que, tras aplicar el “Cuestionario de Autoconcepto Físico” y el “Cuestionario de Motivos para la Práctica Deportiva” a una muestra de 894 adolescentes, aquellas mujeres que practican deporte o actividad física de forma recreativa poseen una peor autoimagen y autoconcepto, por lo cual es posible observar que son muchas las adolescentes que practican actividad física con un objetivo estético y de mejora de su imagen corporal.

Además de la práctica deportiva y actividad física desde un punto de vista del ocio y disfrute del tiempo libre, se encuentra otro grupo de personas susceptibles o tendientes a desarrollar una preocupación por su aspecto físico como también del peso, siendo estas personas que practican el deporte a nivel competitivo. Según un estudio del año 2005 que fue realizado a mujeres deportistas de élite, se recaba una serie de datos, los cuales dan cuenta que el riesgo de desarrollo de un TCA es cinco veces mayor en deportistas que en la población general (Toro, Galilea, Martínez-Mallén, Salamero, Capdevilla, Marí, Mayolas & Toro, 2005)

De acuerdo al recorrido hecho en este apartado, se puede observar que los Trastornos de la Conducta Alimentaria han ido en aumento, por lo que el siguiente apartado se centrará en los problemas alimenticios relacionados con la práctica del

deporte, entendiendo a los mismos como uno de los problemas de salud tanto físico como mental que los deportistas pueden llegar a desarrollar.

5.1. Los TCA en el deporte y la actividad física

Es importante plantear y analizar las causas por las cuales un deportista puede desarrollar cualquier trastorno alimenticio. Conocer cuál patología padece cada deportista es imprescindible para el desarrollo futuro de un tratamiento, como también para la implementación de actividades de carácter preventivo para las poblaciones de mayor riesgo.

Calvo (2002) realiza una revisión de los agentes que determinan la aparición de los TCA en la población general, destacando que no existe una única causa para los mismos, sino que existen múltiples aspectos que determinan que se pueda desarrollar esta patología. Según la autora, es la conjunción de factores socioculturales, familiares, biológicos y psicológicos los que hacen que una persona comience una dieta o la práctica de ejercicio y que termine en el desarrollo de una enfermedad. Lo que sí es un aspecto importante es que el inicio de una dieta está siempre en el origen del trastorno.

La incidencia de los trastornos alimentarios es superior en grupos de población que se encuentran expuestos a una influencia sociocultural mayor, lo que ocurre en todas las personas que llevan a cabo actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden llegar a requerir una imagen más esbelta y delgada. Este tipo de referencias son influyentes en diversos deportes, donde el término “anorexia atlética” es utilizado para referirse al conjunto de comportamientos alimentarios subclínicos presentes en deportistas, donde es posible visualizar una baja autoestima, una imagen corporal distorsionada (en donde el cuerpo es percibido con un exceso de peso), culpabilidad, ineficiencia, perfeccionismo y un sentido de pérdida de control, con un mecanismo compensatorio llevado a cabo a través de la manipulación de la comida y la utilización de métodos de control del peso como vómitos, ayuno, el uso de laxantes y diuréticos (Márquez, 2008).

Se sabe que los TCA son una causa importante de mortalidad, principalmente por causas cardíacas y por suicidio, pero cuando estos se presentan en el desarrollo de la práctica deportiva se considera un problema importante, no solo por la mayor prevalencia en este ámbito si se compara con la población general, especialmente en determinadas

disciplinas, sino también por las consecuencias que generan en la salud y rendimiento de los deportistas (Marí-Sanchis, Burgos-Balmaseda, & Hidalgo-Borrajo, 2021).

La población deportista es una de las que presenta mayor riesgo para el desarrollo de un TCA, ya que se han realizado muchas investigaciones que lo ponen de manifiesto, sobre todo en determinados deportes o con determinados deportistas.

Los datos de prevalencia pueden variar según los países donde se realizan los estudios o las disciplinas que se consideren, pero todos reflejan una prevalencia mayor que en la población general por lo que de forma global, la prevalencia de trastornos y desórdenes alimentarios varía entre 0 a 19% en deportistas masculinos y 6 a 45% en atletas femeninas. En un estudio efectuado en deportistas noruegos de élite, aproximadamente el 42% de las mujeres que participan en actividades donde la estética corporal es importante y el 24% de las deportistas de resistencia muestran síntomas propios de un trastorno alimentario. En un ensayo norteamericano realizado en adolescentes deportistas, la prevalencia de estas patologías fue del 35,4%. Otro estudio noruego efectuado en el mismo grupo poblacional constata una mayor incidencia de trastornos alimentarios (7%) en comparación con un grupo control (2,3%). Por otra parte, la Federación Española de Medicina del Deporte estima cifras en torno al 4,2 y al 39,2% respecto a la población general (Marí-Sanchis, et al., 2021).

Algunos autores han propuesto varios factores que afectan al desarrollo de los TCA en el ámbito deportivo, todos ellos relacionados con los que aparecen para la población general. Existen una serie de factores que hacen de los deportistas una población de mayor riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios, destacándose entre ellos la presión social, la presión del entrenador, las presiones de los compañeros del equipo, la presión del deporte, la propia práctica deportiva y las características psicológicas del deportista (Dosil, Díaz, Viñolas & Díaz, 2012).

A diferencia de los no deportistas con las mismas alteraciones, el deportista que las tiene o está predispuesto a tenerlas presenta ciertas dificultades que se complican por el entorno deportivo en el que está inmerso ya que puede sobreenfatizar la ejecución, como también demandar un cuerpo o peso ideal. Este ideal a menudo implica la pérdida de peso o grasa corporal, lo que puede precipitar el trastorno alimentario en un deportista ya predispuesto a padecerlo, o incluso agudizar uno ya existente. Además, el entorno

deportivo puede no solo precipitar o empeorar una patología, sino también legitimizarla, haciendo para el deportista más fácil transitarla y ocultarla (Márquez, 2008).

5.2. Factores de riesgo en el desarrollo de un TCA en el deporte y la actividad física

Para el desarrollo de este apartado se toma como referencia un estudio llevado a cabo por Díaz Ceballos (2005) quien recoge varios trabajos, en los que se destacan como factores de riesgo:

La presión social: En la sociedad actual se demanda un ideal estético de belleza basado en la delgadez, existiendo una gran influencia sobre todo en los adolescentes para conseguir alcanzar ese ideal de cuerpo por medio de dietas, ejercicio descontrolado y excesivo.

Presiones de los compañeros del equipo: La opinión y comentarios de los amigos y compañeros a determinadas edades tiene una gran influencia en el concepto que establecen los jóvenes sobre sí mismos y sobre su rendimiento deportivo.

Presión del deporte: Determinados deportes tienen particularidades que los convierten en modalidades de mayor riesgo, por la aparición de preocupación por el peso y la figura. La demanda de un determinado peso para entrar en competición y conseguir buenos resultados es una presión para el deportista. Asimismo, se resalta cómo entre los deportistas que practican una modalidad de categorías aparecen más síntomas de tipo bulímico en comparación a los deportistas que practican un deporte de estética, dándose más una sintomatología anoréxica (Galilea, 2000).

Características psicológicas del deportista: El perfeccionismo, la compulsividad, las altas expectativas que tenga el deportista y las que tengan sobre él los demás pueden ser algunas de las causas de vulnerabilidad para un TCA. Calvo (2002) toma al perfeccionismo como estilo cognitivo característico de las personas que desarrollan un TCA. Las personas con este estilo cognitivo analizan las situaciones de la vida cotidiana en términos absolutos, reduciendo todo aquello que tenga que ver con el cuerpo, la alimentación y el ejercicio a términos todo/nada, poco/mucho, bueno/malo, etc. Se ha observado que una de las características que tienen en común los deportistas con los

pacientes con TCA es su tendencia al perfeccionismo y a mostrar pensamientos y comportamientos obsesivos relacionados tanto con la práctica deportiva y rutinas o actividades, como con la alimentación y el cuerpo.

Presión del entrenador: Los entrenadores en muchas ocasiones utilizan la balanza para observar los progresos de sus atletas, dándole una excesiva importancia al peso para la obtención de los objetivos. Esta preocupación es transmitida a sus deportistas y puede aumentar en ellos la observación y control del peso. Sánchez Gombáu, Vila, García-Buades, Ferrer & Domínguez (2005) realizan una investigación donde plantean la importancia que tiene el estilo de entrenador en la tendencia a desarrollar un TCA en gimnastas de competición. Los entrenadores deben cumplir un adecuado rol en la educación nutricional de sus deportistas, ayudándolos en el manejo del estrés que produce el propio deporte y el mantenimiento del peso adecuado para ello. Estos autores insisten en la necesidad de que los entrenadores cuenten con una adecuada planificación de sus entrenamientos y posean un conocimiento de las características de los TCA para poder realizar una correcta prevención.

Tras observar los factores que pueden conducir a un deportista a desarrollar un TCA, es necesario tener en cuenta qué es lo que hace que finalmente terminen desarrollándose los síntomas, es decir qué factores están presentes en el origen del trastorno. Díaz Ceballos (2012), basándose en bibliografía específica sobre el origen de los TCA, plantea que el momento de un cambio o de una crisis es el principal factor que favorece el origen de los trastornos. Pareciera que el origen de los cambios físicos que aparecen en la pubertad o adolescencia son una momento crucial, debido a que los cambios corporales suelen ir asociados a una carencia de autoestima, ausencia de identidad y las dificultades a la hora de afrontar dichos cambios.

Asimismo, pueden surgir comentarios sobre el peso y la figura por parte de personas significativas o de referencia para los adolescentes o para quien esté experimentando dicho cambio corporal, sin que necesariamente se encuentre transitando el período de la adolescencia, como por ejemplo, pudiendo estar atravesando un postparto.

El gran énfasis y valor que otorga la sociedad actual a los cuerpos delgados, especialmente en las mujeres, contribuye al desarrollo y prevalencia de estos trastornos, actuando como factores precipitantes y mantenedores de los mismos. La delgadez se ha convertido en metáfora de éxito y el exceso de peso en fracaso, lo cual conduce a que la

extrema delgadez y belleza sea sinónimo de triunfo en esta sociedad competitiva (Marí-Sanchis, et al., 2021).

Retomando a Díaz Ceballos (2012), suelen aparecer autoimposiciones por tener un cuerpo con determinadas características, donde en ocasiones se inicia una dieta de adelgazamiento o se llevan a cabo ciertas estrategias para perder peso, siendo este el principal factor desencadenante de un TCA.

Ya en el ámbito deportivo, estas presiones por bajar de peso pueden provenir por parte del propio deportista como también de su entorno, incluyendo entrenador, compañeros, etc. Los momentos de descanso o etapas de mayor competición pueden ser puntos de riesgo, ya que el deportista puede tender a ganar peso durante las vacaciones, siendo la pretemporada un momento donde surge la preocupación y la necesidad de volver al peso “ideal”. Otro momento puede ser tras una lesión, ya que en este periodo de descanso el deportista deja casi en su totalidad la práctica deportiva.

Expuestos los factores que pueden conducir a un deportista a desarrollar un TCA y qué es lo que hace que finalmente terminen desarrollándose, es pertinente plantear cuáles son los factores que mantienen el trastorno ya establecido. Díaz Ceballos (2012) toma como referencia a Calvo (2012) para analizar los factores que pueden incidir en el mantenimiento de la sintomatología de un TCA en un deportista. La autora engloba los factores mantenedores del trastorno en tres grandes grupos: el mantenimiento de la dieta, el proceso de refuerzo y la familia.

De acuerdo al primer grupo, se ha estudiado que el seguir una dieta durante mucho tiempo tiende a desencadenar una serie de problemas tanto a nivel físico como psicológico. Asimismo, las personas que tienen un TCA tienden a entrar en un proceso de negación, donde se rehúsa el riesgo que puede conllevar tener un bajo peso. En el ámbito deportivo, esta negación se ve justificada bajo el beneficio que supone estar en un bajo peso para el rendimiento deportivo, como también llevar adelante una estricta alimentación.

Entre los factores del proceso de refuerzo, aparece la idea de que adelgazar implica un éxito en sí mismo, por tanto es una consecuencia gratificante para quién estaba detrás de dicho objetivo. Se ha observado que para realizar una práctica deportiva existe un peso adecuado para su desempeño, pero este peso en varias ocasiones termina siendo subjetivo.

Cuando se alcanza el objetivo de bajar de peso surge la idea de que el rendimiento deportivo y los resultados van a mejorar. A corto plazo, estas ideas y expectativas pueden llegar a cumplirse, lo cual implica un aumento de la autoestima y de la confianza del deportista. La sensación de ligereza obtenida al principio de una dieta es un factor reforzante para los deportistas. Tener la sensación de mejora en la agilidad, la potencia de salto, la flexibilidad o la resistencia supone la necesidad de mantenerse en ese peso para poder sostener en el tiempo estas sensaciones y el éxito personal.

El refuerzo social normalmente por parte de la familia, compañeros, entrenadores o personas del contexto deportivo, es otro de los factores que más importancia tiene a la hora de mantener estas conductas. No es ajeno observar cómo son felicitados por su bajo peso o por su delgadez. En el caso de que un deportista haya sido presionado por parte de su entorno para bajar o mantenerse en cierto peso, este va a ser reforzado por esos mismos agentes que le incitaron a comenzar una dieta.

Otro de los refuerzos más poderosos es la sensación de control que tiene la persona que inicia un TCA. Se observa una creencia de control sobre el cuerpo y la alimentación. Los deportistas en general tienden a ser controladores y obsesivos, por lo que esta sensación de control es un reforzador muy importante, debido a que aumenta la sensación de “triumfo”. En el ámbito deportivo el ganar, el triunfo y la competencia son factores fundamentales ya que convivir con la competencia hace que este deseo de ganar migre a otros contextos, en este caso, al triunfo sobre sí mismos y a su capacidad de autocontrol.

Como último grupo se encuentra a la familia, donde las características que presenten cada una de ellas son fundamentales. En el ámbito deportivo son muchos los padres y madres que tienen altas expectativas sobre los éxitos de sus hijos. Estas expectativas muchas veces son porque consigan los triunfos deportivos que ellos no fueron capaces de conseguir, depositando sus propios deseos y frustraciones en sus hijos.

La falta de consenso entre los padres sobre la importancia del problema, la negación familiar de la enfermedad mediante afirmaciones o creencias donde se disculpe o se nieguen los síntomas condicionan la evolución y perdurabilidad del trastorno. Al igual que en la población general, dentro de las familias de deportistas se encuentran estilos familiares tendientes a la sobreprotección una vez detectados los síntomas, donde el aumento del control y la vigilancia continua hace que se intensifiquen las conductas patológicas.

5.3. Deportes de riesgo para el desarrollo de un TCA

Como fue planteado al comienzo del presente apartado es posible observar los múltiples beneficios que aportan el deporte y la actividad física a la salud, tanto en el desarrollo social como en el psicológico. Sin embargo, también se expone el lado negativo y perjudicial que puede llegar a presentarse en dicha práctica si la misma no se lleva a cabo correctamente. Distintos estudios manifiestan que los deportistas tienen más riesgo a presentar TCA o alteraciones del comportamiento alimentario comparado con los no deportistas, pero además se encuentra que según la actividad que se practique el riesgo es diferente. Los deportes en los que existe una mayor prevalencia para la aparición de TCA son aquellos en los que se detecta cierta presión para perder y/o mantener el peso (Marí-Sanchis, et. al, 2021).

Se han analizado los factores por los que un deportista puede ser más vulnerable al desarrollo de patologías de tipo alimentario, destacándose tanto la propia práctica deportiva como el tipo de deporte. Se denominan deportes “de riesgo” a aquellos en los que por sus características ha de darse una vigilancia y un control continuo del peso (Pérez Recio, Rodríguez Guisado, Esteve, Larraburu, Font Cercós & Pons, 1992).

Los deportes en los que han surgido más comportamientos alimentarios patológicos se pueden dividir en cuatro grupos en los que, por diferentes motivos, un peso corporal bajo es importante (Márquez, 2008). A continuación se exponen las características que poseen los deportes considerados de mayor riesgo para el desarrollo de un TCA. Autores como Dosil (2004) hacen referencia a cuatro grupos de deportes considerados de mayor riesgo.

5.3.1. Deportes de estética: danza, patinaje artístico, gimnasia y nado sincronizado

La característica principal que tienen los deportes denominados estéticos es que son puntuados por jueces, por lo que la imagen o aspecto físico de los deportistas, inclusive vestimenta y maquillaje, constituyen factores importantes para poder tener éxito, ya que son tenidos en cuenta al momento de la valoración final. La danza, aunque

no es considerada un deporte, también constituye una actividad de riesgo (Márquez, 2008).

En estos deportes se exige tener una determinada figura corporal para mejorar el desempeño, primando por lo tanto los cuerpos delgados, fibrosos, con piernas largas, poco pecho y caderas estrechas. Para Toro (1996, citado en Díaz Ceballos, 2012) la gimnasia es el deporte que presenta mayor riesgo para el desarrollo de un TCA ya que la potencia física, flexibilidad y la coordinación requerida hace que las gimnastas tengan que mantener un cuerpo delgado y “fino”. Además, este deporte implica un gasto calórico menor al tratarse de una práctica anaeróbica por lo que los cuidados de la alimentación aumentan de forma significativa, como también la práctica de dietas y formas inadecuadas de mantenimiento de peso.

Estos deportistas cuentan con un bajo autoconcepto físico, concretamente en la gimnasia rítmica las deportistas son presionadas con tener un cuerpo pequeño y mantener una figura prepuberal durante toda su etapa deportiva. Esta presión va aumentando con el tiempo hasta llegar a provocar en ellas una gran insatisfacción corporal conforme van desarrollándose físicamente (Harris & Greco, 1990, citado en Alonso, 2006).

Por otro lado, existen investigaciones como la de Mendizabal (2000) donde no se encuentra tanto riesgo de desarrollo de patologías de tipo alimentario entre las practicantes de gimnasia rítmica, tal como se cree. A pesar de que pretende eliminar algunos tópicos acerca de este deporte, afirma que se debe: “Alertar de las consecuencias que, sobre la salud, puede tener la práctica excesiva y no controlada de esta especialidad gimnástica” (p.17).

Anshel (2004, citado en Díaz Ceballos, 2012) plantea que las bailarinas poseen mayor riesgo de desarrollar un TCA que las no bailarinas, debido a que las bailarinas muestran una mayor preocupación por el peso, insatisfacción corporal y perfeccionismo, características de personalidad en común con las pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Camacho, Fernández & Rodríguez (2006) plantean que las bailarinas muestran porcentajes más altos de insatisfacción corporal, aunque socialmente se les pueda considerar con una imagen corporal saludable y bella.

Perini Aldao, Silva Vieira, Dos Santos Vigario, Lameira de Olivera, Dos Santos Ornellas & Palha de Olivera (2009) observan en un grupo de 27 nadadoras sincronizadas, cómo éstas presentan una alta insatisfacción corporal y muestran conductas de pérdida de

peso inadecuadas, especialmente en la categoría junior. No obstante, este dato no es significativamente diferente de las puntuaciones que encuentran comparándolo con un grupo de adolescentes no deportistas.

Taylor & St. Marie (2001, citado en Díaz Ceballos, 2012) realizan un estudio con una muestra de 41 patinadoras donde un 92,7% perciben presión por bajar de peso solamente por practicar ese deporte. Este grupo de deportistas en algún momento de sus vidas deportivas se han involucrado en prácticas de control de peso inadecuadas. El patinaje se podría considerar un deporte de riesgo ya que requiere unas exigencias similares a la gimnasia. En todos los casos, la preocupación por la imagen corporal, el peso y su control es un motivo de observación y preocupación.

5.3.2. Deportes de categorías: judo, lucha y remo

En los deportes de categorías de peso se observa que dependiendo del peso corporal que se tenga, se participa de una categoría u otra (Alonso, 2006). Debido a la relevancia que tiene el peso, los deportistas que realizan este tipo de actividad tienden a reducir su masa corporal, sobre todo en un periodo precompetitivo como forma de poder acceder a una categoría de peso inferior al peso natural de entrenamiento, consiguiendo de esta forma competir con deportistas de menor contextura física (Martínez, Salar, Montero, Cervelló & Roche, 2015)

Para la reducción de su peso corporal estos deportistas llevan a cabo una serie de estrategias poco saludables, como lo son la restricción severa de agua y alimento o la sudoración inducida, laxantes, diuréticos y vómitos, lo cual puede llevar a desarrollar problemas de salud tanto físico como mentales (Martínez, et. al, 2015). Además, estos deportistas están presionados por el tiempo, lo que constituye un factor de riesgo adicional (Márquez, 2008)

Entre los deportes de categorías, uno de los deportes que se encuentra es el judo, el cual se caracteriza por ser un deporte donde se debe de tener una gran flexibilidad, velocidad, agilidad y fuerza para la lucha con el rival. Los judokas son los deportistas que más recurren a las prácticas de pérdida de peso patológicas (dietas, vómitos, métodos térmicos, etc.). Estudios como los de Coksevim & cols (1997) y Filiare, Maso, Degoutte, Jouanel & Lac (2001, citado en Dosil & Rodríguez, 2008) analizan las consecuencias que

tienen este tipo de dietas exprés en judokas, concluyendo ambos estudios en que disminuye tanto la energía para la práctica del deporte como también la fuerza, resistencia, flexibilidad y agilidad, y por lo tanto el rendimiento en la competición.

Por otro lado, Dosil & Rodríguez (2008) recogen otros varios estudios en los cuales se pone de manifiesto cómo los luchadores que se involucran en prácticas de pérdida de peso inadecuadas presentan problemas tanto físicos y de rendimiento deportivos como también cognitivos, reduciéndose su capacidad atencional, de toma de decisiones o la agilidad mental. Además, se detectan niveles más altos de depresión o ansiedad entre ellos. Engels & cols. (2003, citado en Díaz Ceballos, 2012), hallaron que deportistas de lucha presentan una alta puntuación en tendencia a adelgazar, restricción alimentaria y conductas de purga, comparados con otros atletas.

Dosil & Díaz Ceballos (2012) plantean que en cuanto al remo, la existencia de categorías de peso para la competición hace a los deportistas que practican este deporte vulnerables al desarrollo de un TCA. Toman como referencia un trabajo de Thiel, Gottfried & Hesse (1993) con remeros y luchadores en donde se concluyó que un 52% de los deportistas en ambas modalidades recurrían de manera habitual al vómito para perder peso.

Por otra parte, Yates, Edman, Crago & Crowell (2003, citado en Dosil & Díaz Ceballos, 2012) encuentran en una muestra de corredores, ciclistas y luchadores que los remeros son los deportistas que mayor riesgo presentan de desarrollar un TCA y puntúan más alto en las subescalas de ansiedad y ataques de pánico. Estos resultados contradecían las hipótesis previas de los autores debido a que esperaban que los remeros fueran el grupo de deportistas más saludables.

5.3.3. Deportes de gimnasio: aerobio, fitness y culturismo

Díaz Ceballos (2012) recoge varios estudios en los cuales diferentes autores insisten en que la práctica de actividad física en gimnasios se ve condicionada por una serie de particularidades, como lo pueden ser: el tipo de ropa que se utiliza (la cual tiende a ser ajustada), la presencia constante de espejos alrededor de los que practican ejercicio, y el dominante culto al cuerpo presente en la sociedad actual.

Dichos estudios insisten en que estas circunstancias hacen que aparezca una alta comparación entre las personas que practican ejercicio en este contexto, por lo que

aumenta la preocupación por el aspecto físico y su cuidado. Además, existe una falta de asesoramiento profesional en cuanto a hábitos saludables de alimentación. En un estudio realizado mediante encuesta con practicantes de aeróbic, Dosil & Díaz (2002) observaron que un 9.2% de 123 practicantes encuestadas presentaban sintomatología compatible con un TCA y que un 59% realizaba ejercicio para mantenerse en “línea”.

Los deportes practicados en los gimnasios también son considerados de riesgo. En este caso, la vigorexia es el principal problema asociado con la alimentación y la preocupación por el cuerpo en este tipo de deportistas. La vigorexia es una patología que tiende a desarrollarse con más posibilidades en deportistas que practican fisicoculturismo que en otro tipo de deporte, debido a que sostienen una idea fija y continua por obtener un físico más definido, grande, fuerte y simétrico (Castro-López, Molero, Cachón-Zagalaz, & Zagalaz-Sánchez, 2014).

Baile (2005) plantea que la vigorexia es conocida muchas veces como el síndrome del culturista, ya que suele asociarse a un estado de insatisfacción corporal y si se observa la evolución de esta insatisfacción en la sociedad, se puede llegar a la conclusión de que ésta va en aumento. López (2017) expresa que el problema radica cuando la persona se obsesiona y quiere lograr un estereotipo, sin tomar en consideración los daños que puede ocasionar a su cuerpo al practicar rutinas de ejercicios excesivas y mantener patrones extremos de alimentación que, lejos de contribuir a lograr su objetivo, recae en condiciones patológicas.

Arbinaga & Caracuel (2008) realizan una revisión sobre imagen corporal en varones fisicoculturistas y de las consecuencias psicológicas de la práctica activa y obsesiva de dicho deporte. Participan 71 (32,57%) fisicoculturistas competidores, 79 (36,24%) fisicoculturistas no competidores y 68 (31,19%) sedentarios, todos varones. Frente a los no competidores, son los competidores quienes reconocen en mayor medida compararse físicamente con compañeros del gimnasio, quedar mal tras dichas comparaciones y evitar mostrar el cuerpo fuera del entorno deportivo. Este mismo grupo reconoce mayor número de comportamientos de comprobación, mirarse al espejo y pesarse.

Walberg & Johnson (1991, citado en Díaz Ceballos, 2012) encuentran en una muestra femenina de levantadoras de peso un alto porcentaje de desarreglos menstruales,

preocupación por el peso, obsesión con la comida y la alimentación y utilización de laxantes como método de pérdida de peso.

Sin embargo, en un estudio realizado por Depcik & Williams (2004, citado en Díaz Ceballos, 2012) se cuestiona esta idea perjudicial de los deportes de gimnasio. En este trabajo se comparó la satisfacción corporal y percepción corporal en mujeres que realizaban pesas y en mujeres que no lo hacían. Transcurridas 13 semanas de un programa de pesas, se observó una mejora en la imagen corporal de sus participantes, lo que parece demostrar que un programa moderado puede ser un tratamiento efectivo en la insatisfacción con la imagen corporal. Estos resultados avalan los efectos positivos que puede llegar a aportar una adecuada práctica de actividad física.

No obstante, se debe tener en cuenta el aspecto recreativo versus el competitivo de la práctica de actividad de gimnasio. Camacho, Fernández & Rodríguez (2006) destacan la presencia de dos tendencias dentro de la práctica del ejercicio físico y su relación con la imagen corporal. La primera tendencia destaca que la implicación en alguna actividad física mejora la imagen corporal de sus practicantes, y la otra hace referencia al hecho de que los participantes que se involucran en algún tipo de actividad, buscan en ella la mejora de su imagen y apariencia física.

Teniendo en cuenta los estudios citados previamente, se puede observar que la diferencia radica en el nivel de competición, ya que parece ser que el riesgo de desarrollo de diferentes trastornos alimentarios aumenta al incrementarse el nivel competitivo, la exigencia del deporte en sí mismo y las características propias del deportista para su práctica.

5.3.4. Deportes de resistencia y rendimiento con bajo peso: atletismo, natación y ciclismo

El último grupo de deportes de riesgo son los denominados de resistencia, incluyéndose aquellos deportes en los que sus practicantes obtienen beneficios al tener un bajo peso para la mejora de su rendimiento. Estas condiciones llevan a algunos deportistas a implementar, en ciertos momentos de la temporada, dietas estrictas. En la mayoría de casos, la pérdida rápida de peso empeora el rendimiento (Alonso, 2006).

El atletismo en su modalidad de larga distancia, es uno de los deportes en los que se pueden observar las peculiaridades de los deportes de resistencia y de control de peso. Autores como Rubio de Lemus & Lubin (1993) observaron que son cada vez más las atletas femeninas quienes desarrollan un trastorno alimentario. En modalidades como la resistencia, se valora que los deportistas cuenten un cuerpo delgado y fibroso. Magalhanes & Palha de Oliveira (2004) hallan en una investigación realizada con fondistas adolescentes brasileñas que estas presentaban un alto riesgo de desarrollo de conductas de tipo bulímico. Además, se observó una tendencia a realizar dietas y estar preocupadas por el peso, presentando un importante miedo a engordar.

Investigaciones realizadas en mujeres que practican atletismo, las identifican como un grupo vulnerable a sufrir TCA, informando muchas veces de ingestas calóricas inferiores a lo requerido para cubrir el costo energético del entrenamiento o incluso, el gasto basal (García, 2018).

La natación también se considera uno de los deportes de riesgo para desarrollar un TCA. Además de las características del deporte, como pueden ser las carreras de larga distancia y la necesidad de beneficiarse de un bajo peso para competir en el agua (lo cual ofrece resistencia), los nadadores y nadadoras encuentran su cuerpo expuesto a las miradas de otras personas, lo cual puede suponer el aumento de la preocupación por la silueta y la imagen corporal (Díaz Ceballos, 2012).

En una muestra de 487 nadadoras/es, Perini, Silva, Dos Santos, Lameira de Olivera, Dos Santos & Palha de Olivera (2009) observan cómo el 62% utilizan la restricción alimentaria como método para la pérdida de peso y un 77% mostraba rechazo a consumir determinados alimentos con un alto contenido calórico. Además, un alto porcentaje de ellos recurren a otros métodos de pérdida de peso, como el vómito, los laxantes o los diuréticos.

García (2018) realiza un estudio donde se analiza la existencia de desórdenes alimentarios en mujeres ciclistas con licencia española. Para ello, se utiliza como método de evaluación el Cuestionario de Hábitos Alimentarios del Deportista. Se observa que, de las 103 corredoras encuestadas, casi la mitad (49,5%) presentan riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Por otra parte, parece que a medida que la categoría de las corredoras aumenta y por tanto, también su edad, hay un aumento del riesgo.

Continuando con García (2018), plantea que ya en el año 1994 se observaba que la probabilidad de sufrir desórdenes alimentarios era superior en aquellos deportes en los que se enfatizaba el bajo peso, además de que el riesgo era mayor en los deportistas cuya dieta no era supervisada. En el año 2004, se seguía viendo que la probabilidad de sufrir desórdenes alimentarios parecía ser más alta en aquellos deportes en los que el bajo peso era un factor importante.

El ciclismo, pese a no entrar dentro de la categoría de deportes estéticos, ofrece resultados preocupantes en cuanto a la percepción física propia de las corredoras. Un estudio realizado en el año 2015 con ciclistas australianas pone de manifiesto que, el 54% de las corredoras pensaba en modificar su peso al menos una vez a la semana (García, 2018).

6. Evaluación de los TCA en el deporte y la actividad física

La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, la valoración de los síntomas y su detección temprana tienen una relevancia a la hora de comenzar un tratamiento o evitar una evolución y cronificación de la enfermedad (Fernández Aranda & Turón, 1998). Por otro lado, Raich (1994, citado en Díaz Ceballos, 2012) destaca la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva tanto de los aspectos físicos como de la sintomatología cognitiva y conductual para ver si una persona sufre o no un TCA.

Sobre cuáles van a ser los principales aspectos que se deben evaluar para detectar un posible TCA, la American Psychiatric Association (APA) (2001) recomienda seguir una serie de pautas para un adecuado diagnóstico. En primer lugar, se insiste en que el diagnóstico se realice de una forma multidimensional y de manera exhaustiva, para posteriormente realizar un abordaje terapéutico multidisciplinario.

En el deporte, la evaluación debe realizarse en colaboración de todas las personas que se encuentran dentro del ámbito del deportista: incluyendo su familia, entrenadores o los propios compañeros. Será fundamental una buena coordinación entre los servicios médicos (médicos, fisioterapeutas, etc.) y los psicólogos del deporte, tanto para realizar la detección de la sintomatología como para iniciar pautas de abordaje. El conocimiento y la formación de estos profesionales en TCA, especialmente los que trabajen en deportes de mayor riesgo, será vital en la detección, prevención y tratamiento de esta patología en los deportistas (Díaz Ceballos, 2012).

A continuación se expondrán los diferentes instrumentos utilizados para la detección y evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente en el contexto deportivo.

Existen investigaciones en las que se destaca la necesidad de la utilización de cuestionarios y medidas de evaluación específicas para la detección de trastornos de la alimentación en deportistas, ya que se trata de una población con características particulares, con un estilo de vida y unas creencias específicas acerca de la importancia que se le da a la alimentación y a un determinado físico para la práctica deportiva.

Dosil & Díaz Ceballos (2012) toman un estudio de Blasco, García-Merita, Balaguer, Pons & Atienza (1992) quienes analizan los cuestionarios que se utilizan en la investigación en TCA en el deporte en la década de los 80, destacándose que sigue siendo

habitual el uso de cuestionarios para la población general en la investigación con deportistas. Para el desarrollo del presente apartado se tomarán en cuenta algunos de los cuestionarios abordados en dicho estudio.

Nagel, Black, Leverenz & Coster (2000) realizan la validación de un nuevo test específico para detectar anomalías en la alimentación y posibles trastornos alimentarios en deportistas, el cuestionario se llama Athletic Milieu Direct Questionnaire: AMDQ. Los resultados confirmaron que las atletas con TCA son una población única y no simplemente un subgrupo de la población general, por lo que requieren cuestionarios específicos. Este cuestionario a pesar de poseer una alta fiabilidad, tiene como limitación el sesgo muestral, ya que la validación se realiza únicamente con deportistas femeninas y con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años. Se debe tener en cuenta que la mayoría de los problemas alimenticios se inician durante la adolescencia, por lo que la muestra de este cuestionario sería deficitaria, además de que se excluye a la población masculina.

Yates & cols. (2001) perciben que los deportistas presentan un alto porcentaje de falsos negativos al aplicarles pruebas generales en la evaluación de TCA. Según los autores, se debe a que esta población tiene la necesidad de aparentar estar sanos y niegan los problemas de alimentación que pueden padecer. Estos autores validan una prueba que denominan Exercise Orientation Questionnaire (EOQ).

La prueba consta de 27 ítems agrupados en 6 factores: Autocontrol (self-control), práctica de ejercicio (exercise orientation), insatisfacción corporal (self-loathing), pérdida de peso (weight reduction), identidad personal (identity) y competición (competition). Las respuestas se dan en una escala likert de 0 a 5, entre “de acuerdo” y “en desacuerdo”. Además, se realizan una serie de preguntas sobre la práctica habitual de ejercicio físico, las horas a la semana de práctica, la intensidad con la que se practican y la inversión e implicación o esfuerzo dedicado a esta. Este cuestionario se trata de un instrumento mediante el cual se detectarán actitudes anómalas hacia el ejercicio y la imagen corporal y no comportamientos patológicos relacionados con la alimentación, por lo que se observa ineficaz en caso de necesitar una valoración más global de un problema de alimentación en el deporte.

Por otro lado, se encuentra el trabajo de Anshel (2004) en la validación del FAIS, Food Intake Attitude Survey, cuestionario específicamente validado para la detección de

TCA en bailarinas. Se presenta una encuesta específica sobre actitudes hacia la alimentación que consta de 3 factores: el factor 1 valora la importancia y la percepción que las bailarinas tienen y le dan al aspecto físico para bailar; el factor 2 valora la influencia que los otros significativos tienen en cuanto a la alimentación; y el factor 3 consta de ítems mediante los que se identifican las conductas de control de peso.

Además de los ítems, aparece una pregunta abierta mediante la cual se observa la percepción que las bailarinas tienen sobre la posibilidad de desarrollar un TCA dentro de su modalidad deportiva. No obstante, este cuestionario está validado y sus ítems van dirigidos específicamente a bailarinas, una muestra únicamente femenina y de un deporte específico, por lo que no se puede aplicar a otros deportes.

Niñerola & Capdevilla (2002) elaboran una propuesta de *Cuestionario para la evaluación de conductas desadaptativas relacionadas con la alimentación, el deporte y la práctica de ejercicio físico*. Se trata de un cuestionario cuyo objetivo principal es la detección de conductas desadaptadas hacia la práctica de deporte y actividad física en jóvenes deportistas, así como también realizar una detección precoz de posibles problemas alimentarios. El instrumento está compuesto por 28 ítems distribuidos en 6 factores que valoran la importancia del aspecto físico a la hora de iniciar una práctica deportiva, es decir, si los jóvenes se implican en una actividad para mejorar su aspecto.

Se observa que este cuestionario se encuentra orientado fundamentalmente a la población general y a pacientes diagnosticados con un TCA, más que a una población de deportistas activos. Los ítems están orientados a la práctica de ejercicio físico y se dejan de lado otras variables que pueden influir en el desarrollo de un TCA en el ámbito deportivo. Según los propios autores, los resultados que puedan desprenderse de la utilización de este instrumento no se pueden considerar adecuados para realizar un diagnóstico preciso de TCA.

También se encuentra el *Cuestionario de alimentación y deporte* por Frideres & Palao (2008). Esta entrevista estructurada es utilizada para la detección de la implicación atlética, la autopercepción corporal, el estrés percibido en cuanto al control de peso, las conductas alimentarias y el conocimiento de los TCA por parte de los deportistas. Este cuestionario fue validado para su uso en una investigación con jugadoras españolas de voleibol no profesionales. No obstante, la validación de este cuestionario se realiza únicamente con jugadoras de voleibol, por lo que esta muestra no termina siendo

representativa, ya que no se podrían obtener resultados fiables en otros deportes tanto individuales como de equipo. Además, esta entrevista insiste en la información que los deportistas poseen sobre la alimentación, por lo que no evalúa específicamente la sintomatología de TCA.

Taranis, Touyz & Meyer (2011) crean el Compulsive exercise test (CET) el cual pretende medir la práctica de ejercicio físico de forma compulsiva, tanto en deportistas como en la población general. Está compuesto de 24 ítems agrupados en 5 factores. Posee una alta consistencia interna, pero es validado únicamente con una muestra de deportistas femeninas, dejando nuevamente por fuera a la población masculina.

Por otro lado, De Bruin, Oudejans, Bakker & Woertman (2011) elaboran el “Contextual Body Image Questionnaire for Athletes” (CBIQA) el cual pretende valorar la imagen corporal de las deportistas femeninas, tanto en la autopercepción que poseen de ésta, como en la percepción que observan que los demás tienen sobre su cuerpo. Los factores que se incluyen en el cuestionario son: apariencia física, musculatura, autopercepción del peso (delgadez o gordura) y percepción de los otros sobre su peso (delgadez o gordura). Se trata de un cuestionario válido y fiable, sin embargo la validación se realiza con una muestra exclusivamente femenina y en deportistas de alto nivel competitivo, centrandose sus factores en aspectos relacionados con la imagen corporal.

A modo de síntesis del presente apartado, se puede concluir que las principales limitaciones de los cuestionarios presentados son las muestras elegidas, debido a que la mayor parte de los instrumentos de evaluación están validados en un solo deporte, con muestra exclusivamente femenina, limitados a un nivel de competición específico, con un rango de edad reducido, o con unos ítems orientados a la práctica deportiva únicamente, olvidando los aspectos alimentarios y de aspecto físico.

7. Psicología del deporte

Villares (2017) plantea que el deporte es uno de los fenómenos sociales más destacados en el siglo XX, el cual afecta a la vida de muchas personas de diferentes edades y sexos. Dentro del mismo se pueden estudiar los principales procesos psicológicos básicos debido a que el entorno deportivo comprende un gran laboratorio de estudio. Este entorno ha llevado a que se desarrolle un nuevo campo de investigación y aplicación de la psicología, conociéndose a la misma como la psicología del deporte, la cual es considerada una subdisciplina dentro de las ciencias del deporte.

La autora desarrolla que la psicología del deporte estudia por un lado los factores psicológicos que influyen en la participación y en el rendimiento deportivo y por otro, los efectos psicológicos derivados de la participación en un programa deportivo o de ejercicio físico. En el primer aspecto, se puede ver como la psicología del deporte examina la afectación de los factores psicológicos que inciden en la iniciación y en la duración de la práctica deportiva, así como también en el rendimiento del deportista. En el segundo aspecto se observa cómo esta disciplina analiza los efectos psicológicos, tanto positivos como negativos.

Para León & Sánchez (2012), la psicología de la actividad física y del deporte es un área de especialización de la psicología que forma parte de las llamadas ciencias del deporte. Según la Asociación de Psicólogos Americanos (APA), la psicología del deporte y de la actividad física es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Esto incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos. Por lo tanto, la psicología de la actividad física y del deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea esta orientada al rendimiento o al bienestar físico y psicológico.

Núñez (2005) plantea que la psicología del deporte y del ejercicio físico es el estudio científico de las personas y su conducta en el contexto del deporte y la actividad física, la cual apunta a dos objetivos principales: aprender el modo en que los factores psicológicos afectan al rendimiento físico de los individuos y la comprensión de la forma en que la participación en el deporte y la actividad física afecta al desarrollo, la salud y el bienestar personal.

Salazar (2008, citado en León & Sánchez, 2012), afirma que la psicología deportiva se ocupa de estudiar los factores psicológicos que puedan intervenir, ya sea de forma positiva o negativa en los deportistas al practicar un deporte o actividad física. No sólo en el momento de los entrenamientos de la práctica del deporte o actividades físico motoras, sino también durante las competencias.

Retomando a León & Sánchez (2012), los autores toman como referencia un estudio de De Zanet (2004) en donde se define y determinan ciertos aspectos específicos de esta ciencia aplicada en donde el concepto de su estudio se centra en la siguiente definición: “la psicología del deporte es una disciplina científica que estudia a los individuos y a sus comportamientos en el contexto deportivo” (p. 4), entendiendo al deporte de forma muy extensa y en donde todas las actividades físicas son tomadas en cuenta.

Siguiendo con dicho estudio, la psicología del deporte se interesa por: las razones por las cuales un individuo practica o no una actividad deportiva, por los efectos del estrés en el rendimiento deportivo de un atleta y por la medida en la cual la práctica de una actividad física puede ser benéfica o no para los individuos ansiosos o deprimidos.

7.1. Rol del psicólogo deportivo

El rendimiento y resultado deportivo de un deportista es multifactorial ya que tanto el éxito como el fracaso de un deportista o equipo surgen de una combinación de capacidades condicionales físicas (fuerza, velocidad, resistencia), técnicas (la ejecución del drive en tenis, el golpe del balón en fútbol), tácticas (defensa en zona en baloncesto, ir junto al pelotón en ciclismo) y psicológicas (personalidad, habilidades de afrontamiento), así como de otras variables ajenas del mismo (árbitro, terreno de juego, rival). En este sentido, se considera al deportista como una unidad funcional (emocional, cognitiva, social, fisiológica y comportamental) que necesita de una atención y entrenamiento global para obtener su máximo rendimiento (García-Naveira, 2010).

García-Naveira (2010) desarrolla que desde esta perspectiva surge el Psicólogo del Deporte como especialista de los “aspectos psicológicos” (bienestar, personalidad, motivación, concentración, confianza) que intervienen en el rendimiento deportivo. El rol del Psicólogo del Deporte se comprende como un técnico en psicología al servicio del

cuerpo técnico (entrenador, preparador físico) y demás profesionales del área, como lo son el director y el coordinador deportivo, aunque el entrenador es el principal gestor psicológico del deportista y/o equipo. Como tal, el Psicólogo del Deporte debe participar en la preparación general del deportista, conjuntamente con los demás técnicos y especialistas.

Villares (2017) toma como referencia a los autores Blasco (1994) y Capdevila (2000) quienes plantean al Psicólogo del Deporte como asesor, junto con otros profesionales del campo de la salud y la educación física, en la adhesión al ejercicio a diferentes colectivos que puedan mejorar de esta manera su calidad de vida. Muchas veces debe ejercer un papel clínico en aquellos casos en el que la dinámica deportiva produce problemas, como pueden ser: sobre-entrenamiento, burnout, lesiones, los trastornos de la conducta alimentaria y/o dopaje.

En relación con lo anterior, se sabe que la participación en un deporte de élite o competitivo podría estar relacionada con la denominada “angustia en la participación atlética”. Esto sugiere que cuando los deportistas llegan a un nivel de élite en el deporte y aparecen un número asociado de factores que producen estrés, se presentan además, sentimientos de ansiedad y decrecimiento en interacciones sociales como resultado de los compromisos deportivos (Zapata, Romero, Aguayo, García & Brustad, 2013).

El Colegio Oficial de Psicólogos (1998) describe el modus operandi del Psicólogo del Deporte en su quehacer profesional, el cual contempla una cierta secuencia cronológica: en primer lugar, se evalúa a la persona y la situación, para en segundo lugar poder fijar objetivos a alcanzar. En tercer lugar, se planifica y programa el trabajo a realizar con posibles alternativas. En cuarto lugar, se seleccionan los procedimientos, técnicas e instrumentos apropiados para ello. En quinto lugar, se establecen sistemas de control que permitan evaluar los resultados que se van alcanzando durante la aplicación del programa y por último, en sexto lugar, se realiza una evaluación final en función de los objetivos.

Las funciones que puede desempeñar un Psicólogo del Deporte son varias y no solamente como “solucionador” de problemas emocionales para el rendimiento del deportista sino que, puede ofrecer y desempeñar una gran cantidad de funciones que no estén únicamente orientadas al deportista, sino que abarque a la mayoría de las personas implicadas en la situación deportiva.

Como primera función se encuentra la investigación y análisis de lo deportivo, ubicado en tres niveles: teórico, metodológico y aplicado. Por un lado, se encarga de enseñar y formar a diferentes personas y en distintos niveles, y por otro se dedica a evaluar y diagnosticar a personas, situaciones y contextos. En dichas evaluaciones prima la evaluación observacional de las interacciones. Otra de las funciones es poder asesorar y planificar, aconsejando y sirviendo de consultor, debido a que el Psicólogo del Deporte debe formar parte de la organización, planificación y programación del entrenamiento, como forma de poder intervenir en la solución de problemas organizacionales y personales para la optimización el rendimiento y desarrollo del deportista.

7.2. Tratamiento y abordaje de los TCA en deportistas: ¿Cómo es posible la prevención?

Debido a que la combinación entre trastornos alimenticios y entorno deportivo constituyen una situación especial, el deportista que se encuentra transitando dicho proceso es único, por lo que requiere aproximaciones especiales y específicas para su recuperación y tratamiento. Es fundamental que el entorno del deportista (el cual incluye entrenador, preparador físico, familia, etc.) se encuentre informado de los factores de riesgo y de la causa de los problemas del comportamiento alimentario con el fin de poder identificar con mayor rapidez la presencia de dichas patologías. Asimismo, es importante que los deportistas a partir de cierto nivel de competición tengan un seguimiento regular que incluya evaluaciones psicológicas y nutricionales (Márquez, 2008).

Luego de haber identificado el trastorno de la conducta alimentaria debe iniciarse la terapia y el tratamiento específico que, al igual que en contextos no deportivos, requieren de un abordaje multidisciplinar con participación de médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entrenadores y familia del deportista (Cabetas Hernández, 2004). Es recomendable que se encuentre un equipo multidisciplinario dentro de estas instituciones. Sería favorable llevar a cabo controles frecuentes para determinar si hay algún inconveniente o un posible riesgo ante el desarrollo de alguna patología. Asimismo, es esencial el recordar que el peso no es lo más importante (Meneses, 2015).

Es importante capacitar a los maestros y/o entrenadores, ya que su opinión es sobrevalorada por los deportistas y al estar inmersos en un ambiente donde se juegan

muchos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, es necesario que brinden información apropiada sobre alimentación o detección en caso de que ya se haya establecido (Madrigal & González, 2008). Palomino (2020) coincide en la importancia de mantenerlas informadas sobre hábitos saludables. Se debe buscar el equilibrio nutricional, ya que el extremo del sobrepeso y la desnutrición implican riesgos para la salud (Quiñonez, s/f).

La mayoría de las personas que poseen esta patología no son conscientes de lo que están atravesando, por lo que es difícil que informen de la situación o busquen ayuda, por lo que la prevención es sumamente importante para poder reconocerla (Bonci, et al. 2008, citado en Llanes, 2021). Es necesario que todo el entorno esté informado sobre los posibles factores de riesgo de este trastorno, para identificar con rapidez en caso de presentarse; además de la importancia de un seguimiento regular nutricional y psicológico (Collado, González, Mataix & Sánchez, 2006).

En caso de que la prevención no sea suficiente y se terminen desarrollando trastornos de la conducta alimentaria, se plantean múltiples tratamientos posibles. Es una patología difícil de tratar ya que los pacientes no consideran que están enfermos y el profesional de la salud es considerado un enemigo (Torres, et al. 2013). El apoyo familiar es fundamental tanto en el tratamiento como en los deportistas que sean propensos a desarrollar anorexia. Se recomienda tener como objetivo modificar los patrones de pensamiento obsesivo, fomentar el aprendizaje de habilidades de confrontamiento alternativas al problema y sensibilizar sobre la percepción de aspectos positivos del cuerpo. Se ha mostrado eficaz en la reducción de la angustia, aumento de la introspección y mejoría en la percepción de la imagen corporal (Philips, 2005, citado en Llanes, 2021).

García (2020) plantea que el tratamiento más eficaz y más duradero es la psicoterapia, junto con una cuidadosa atención de necesidades médicas y nutricionales. Este tratamiento deberá adaptarse a cada persona y variará en función de los niveles de gravedad, teniendo en cuenta las fortalezas y necesidades del paciente. Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual considera que se han distorsionado los pensamientos acerca del cuerpo y del peso, sobrevalorando la delgadez, conduciendo a la realización de dietas y excesivo ejercicio. Esta terapia busca modificar estos pensamientos y modular la conducta a través de la normalización de los patrones de ingesta. A su vez, se caracteriza por un seguimiento de la conducta alimentaria a través de registros diarios, resolución de

problemas interpersonales y reestructuración cognitiva. Se debe abordar a la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal para prevenir posibles recaídas.

García (2020) también plantea la terapia familiar como otra alternativa de intervención, la cual consiste en movilizar a su círculo como el principal recurso para animar al paciente a recuperar el peso y comer normalmente, aumentando el autocontrol. La idea principal es que el trastorno de la conducta alimentaria es una manifestación de la alteración de la familia, la cual desempeña un rol homeostático y sirve de refuerzo para mantenerlo. La colaboración por parte de la familia es un desafío, ya que requiere tiempo y experiencia para cubrir las necesidades de cada miembro.

Respecto a la hospitalización, se utilizan diversas técnicas dentro de este ámbito para poder educar a los pacientes con hábitos alimenticios saludables, combinando la terapia individual y familiar. Los datos disponibles no lo consideran más eficaz que el tratamiento ambulatorio. Además, conduce a una separación innecesaria de su familia y amigos, exponiéndolos a otro tipo de enfermedades.

El objetivo es la recuperación del peso y la mejora del estado nutricional. Los pacientes con anorexia tienen pánico a ganar peso, luchan con el hambre y la ingesta de comida, por lo que se espera que incorporen alimentos en proporción y cantidades adecuadas, de manera que logren ver que su ingesta no provoca el efecto negativo que imaginan y por lo tanto, recuperen una relación sana con la comida. La confianza en los profesionales es necesaria para que consideren que se está realizando un tratamiento adecuado y que el aumento de peso no se encuentra fuera de control (García, 2020).

Para finalizar, el último tratamiento que García (2020) trabaja es el farmacológico. Dicho tratamiento ha mostrado un beneficio adicional en el aumento de peso, sin embargo solo se deberá recurrir a este en casos de pacientes con anorexia extrema con riesgo de acabar con su vida.

Utilizar antidepresivos durante el tratamiento viene explicado por la psicopatología asociada a este trastorno, donde se habla de una función alterada de los circuitos serotoninérgicos y noradrenérgicos. Se ha utilizado amitriptilina y clomipramina y ambas se han mostrado efectivas, pero los efectos secundarios son los mayores inconvenientes, excepto la ganancia de peso. Por otro lado, los antipsicóticos actúan principalmente en el sistema dopaminérgico el cual se encuentra alterado en la anorexia, utilizándose olanzapina para mejorar los aspectos psicológicos de los pacientes. Por

último, los antihistamínicos son neurotransmisores que regulan el apetito y el metabolismo; la ciproheptadina funciona como estimador del apetito, resultando útil en el tratamiento de la anorexia más extrema (García, 2020).

La evidencia de que los tratamientos para adolescentes con anorexia hayan sido eficaces es limitada, ya que existen muy pocos estudios que se centran en esta población en riesgo. Sin embargo, los tratamientos se asocian a una mejora de la calidad de vida, encontrando en la actualidad múltiples formas de tratamiento psicológico. No se puede afirmar que un tratamiento sea mejor que otro, ya que esto dependerá de cada individuo (García, 2020).

8. Testimonios de deportistas en lo referente al deporte y a los TCA

El presente apartado tiene como objetivo contribuir y enriquecer el recorrido bibliográfico realizado hasta el momento sobre los trastornos de la conducta alimentaria en el deporte y la actividad física. Para cumplir con dicho objetivo, se recogen una serie de testimonios por parte de diferentes deportistas que, en algún punto de su carrera, transitaron por dichos trastornos alimentarios o se vieron sometidos a dietas estrictas por parte del equipo de entrenadores.

Para el desarrollo del primer testimonio, se toma como referencia un reportaje llevado a cabo por Mabel Galaz (1996), quien toma el caso de María Pardo, gimnasta que en el año 1996 abandonó el equipo nacional de gimnasia rítmica meses antes de las olimpiadas de Atlanta del 96'. Entre los motivos citados para llevar a cabo ese abandono, María argumentó el trato que recibía por parte de su entrenadora. Fueron publicadas algunas de las páginas del diario que la gimnasta llevaba durante la concentración, por lo que se recogen para el presente apartado algunas de las anotaciones que realizó durante esta época, ya que ilustran de forma clara las actitudes de algunos entrenadores ante la alimentación y el cuerpo de sus deportistas.

Como primera anotación se encuentra la del 20 de Enero, en la que María plantea:

Esta noche Emilia está otra vez enfadada. No sabemos qué pasa. Por sorpresa nos ha hecho pesarnos. Ha habido bronca general (...) Yo era la que más problemas tenía. Era la más alta. Mido 1,70 y me pedía que no sobrepasara los 43 kilos. Si pesaba 44 sólo tenía derecho a media cena. Si pesaba 44,100 me iba a la cama en ayunas. A mí era a la que más castigaba. Muchas veces me mandaba correr para que bajara algo más de peso. Las comidas eran casi siempre iguales. La entrenadora iba a la cocina a inspeccionar que la cocinera no se saltara ninguna de sus reglas. El médico nos hacía una dieta, pero luego era Emilia la que realmente decía lo que teníamos que tomar. Para desayunar nos daban cereales con leche, un poco de queso fresco, zumo de naranja y miel para comer verdura o algo de pasta y carne a la plancha. Las patatas, ni probarlas. Por la noche yo tomaba fruta o yogur pero si me había pasado de peso sólo tenía derecho a una de las dos cosas. A veces la cocinera se apiadaba de nosotras y debajo de la verdura escondía, para que nadie las viera, unas patatas cocidas. Eso era todo un lujo. (Galaz, 1996)

Un mes más tarde, el 26 de Febrero María redacta cómo era la relación con su entrenadora y cuáles eran las prácticas que llevaba a cabo para controlar estrictamente la alimentación del equipo. También se plantea lo que estas conductas generaron en la gimnasta:

He subido 400 gramos este fin de semana. Emilia Boneva pesaba a sus gimnastas todas las mañanas menos los domingos, el único día sin entrenamiento. Me dijo que era una irresponsable, que dónde tenía la cabeza. Me puso verde. Me castigó con comer la mitad de todo. Con tantas broncas yo llegué a estar obsesionada con la comida. Por la noche cuando me metía en la cama soñaba con la comida. Cuando veía una película en lo que más me fijaba era en la comida que salía (...). (Galaz, 1996)

En otras anotaciones del diario, María recuerda que muchas veces en los largos entrenamientos se mareaba. Se sentía débil a causa de la escasa dieta y del enorme esfuerzo. A las 9 a.m. comenzaba el entrenamiento, durante una hora y media hacían ballet, luego calentamiento y los ejercicios enteros. El trabajo duraba hasta las 2 p.m. sin descanso. A las 4 p.m. regresaban del chalé y vuelta a empezar: ballet, calentar hasta las 9 p.m. "Cuando llegábamos a casa no sentíamos las piernas. Nos metíamos en la cama y muchas veces no podíamos ni dormirnos de cansancio y de los dolores que teníamos" (Galaz, 1996).

Por la noche, cuando María se quedaba a solas con sus compañeras de habitación para lo único que tenían fuerzas era para hablar de comida. "Jugábamos a inventarnos recetas (...) Este fin de semana iremos al súper y llenaremos el carro hasta arriba" (Galaz, 1996). El agua llega a ser un elemento prohibido. María solamente bebía un vaso de agua al día. Recuerda con horror cómo ante un ataque de ansiedad se llegó a tomar dos litros de agua y al día siguiente pesaba dos kilos más. No era que el agua le hubiera engordado, sino que su cuerpo no estaba acostumbrado a tanto líquido.

A comienzos del mes de Mayo, María escribe en su diario lo siguiente:

Estoy bloqueada. No consigo lanzar el aro. Lo tiro sin control. No sé qué me pasa. Tengo miedo a hacer el ridículo. Faltaban dos meses para los Juegos. La presión de la concentración era cada vez mayor. Los controles técnicos y la dieta eran cada vez más rigurosos. Un ejercicio se repetía hasta 40 veces en un día. La báscula era cada vez más dura. Hasta el perro de Emilia pasaba por las habitaciones buscando

comida. Le tenían adiestrado para ello. Raro era el día en que el perro no se iba con el hocico sucio relamiéndose. Faltaba poco tiempo para los Juegos. La tensión tenía que salir por algún lado. Mi problema era que no podía controlar el aro. Cada vez que lo lanzaba era peor. Estaba preocupada. No sabía qué hacer y nadie me ayudaba. Sólo me gritaban. Mi compañera Alba fue la única que se acercó a hablar conmigo. A ella una temporada le pasó lo mismo pero la ayudaron y lo superó. (Galaz, 1996)

El 8 de Mayo, la gimnasta ilustra cómo la presión de los entrenamientos y las competencias seguían aumentando y cómo esto terminaba afectando directamente en su rendimiento:

Tenemos un torneo. Y sigo fallando con el aro. Voy a fastidiar a mis compañeras porque no doy una. Estoy pensando en decirle a Emilia que no salgo. Voy a hacer el ridículo. La presión crecía día a día. Las gimnastas tenían que repetir los ejercicios una y otra vez. Muchas veces durante el ensayo dejábamos de notar las piernas del cansancio que padecíamos. Pero aun así no nos dejaban descansar. Recuerdo que una vez una de mis compañeras dijo que no podía salir a hacer el control porque tenía la regla. No la creyeron. Al final la obligaron a ir al cuarto de baño para comprobar si efectivamente estaba con la regla. (Galaz, 1996)

Esa gimnasta y María eran las dos únicas de las 16 que tenían menstruaciones.

María pasó hambre y se sintió muy agobiada durante los meses previos a Atlanta. "Somos máquinas a las que utilizan hasta que les dejamos de servir (...) Nadie me ayudaba, sólo me gritaban". María decidió no participar en el torneo de Francia. "No tuve valor para decírselo a Emilia. No me habló durante esos días. Al llegar a Madrid me dijo que la había traicionado" (Galaz, 1996).

El 18 de Mayo, María decide finalmente abandonar la competencia, plasmándolo en su diario:

He llamado a mí casa cuatro veces. Les he dicho a mis padres que no aguanto más y que vengan a buscarme. Mi madre está muy preocupada. Le he preguntado: "¿Qué quieres, una hija o una medalla?". Los últimos días de la concentración fueron horribles. Nadie me hablaba. Me sentía aislada. Yo explicaba a quién me

quería oír que tenían dos meses para trabajar con mi suplente y que aún tenían tiempo para hacerlo bien en Atlanta. (Galaz, 1996)

Una noche Boneva llamó a María, la interrogó sobre qué había contado a sus padres, ella anunció que se iba: “Entonces me obligó a redactar una carta explicando por qué dejaba el equipo. Escribí lo que quería y al día siguiente llegaron mis padres y me fui con ellos a casa” (Galaz, 1996). Ese día, María dejó de practicar gimnasia.

El siguiente testimonio se encuentra publicado en un artículo de la página web de Marca Diario Online de información deportiva, en el cual se plantea que la gimnasta rusa Alexandra Soldatova, campeona mundial en el año 2018 de rítmica con cinta, expresó su lucha contra la bulimia, la que terminó afectando su salud física y mental. Soldatova explica que fue consciente de que tenía un serio problema cuando todos sus pensamientos se centraban en la comida, lo que la llevó a ayunar durante varios días. Expresó: "No tenía energía para entrenarme. Pero temía admitir que padecía problemas de alimentación" (Marca, 2020). Ese trastorno afectó a su personalidad, volviéndose más solitaria e insociable, evadiendo reunirse con más gente en cafés o restaurantes para evitar comer.

La lucha de Soldatova contra este trastorno alimentario se remonta al año 2018. Cuando se dio cuenta de que había sobrepasado todos los límites, decidió sincerarse con su entrenadora. En septiembre del 2019, su problema se hizo evidente cuando perdió el conocimiento en la jornada de finales por aparatos de una prueba de la Copa del Mundo, disputada en Portimao, Portugal. Su estado de debilidad la apartó del equipo ruso. Soldatova volvió a ser noticia en febrero del año 2020 cuando ingresó en un hospital tras autolesionarse. Después de aquel incidente, fue consciente de que: "La bulimia y deporte profesional no son compatibles, especialmente cuando te encuentras en la preparación de unos Juegos Olímpicos". La gimnasta hizo un alto en su carrera deportiva, manifestando: "Aún tengo pesadillas en las que me veo engordando; eso sigue siendo un temor para mí" (Marca, 2020).

Para finalizar, como último testimonio encontramos el de Sandra Piñeiro, quien llevó al extremo el control de la comida, creyendo que esa era la vía para alcanzar la perfección en el remo, deporte que practicaba. Dicho camino la llevó en el año 2019 a desarrollar anorexia, un trastorno del que se está recuperando paulatinamente. A continuación, se exponen fragmentos de su testimonio, el cual se encuentra publicado en la página web *Salud Mental 360*.

La deportista comienza explicando cómo era su relación con la comida y cómo ciertos pensamientos la llevaban a practicar conductas sumamente extremistas:

Yo me cuidaba mucho con la comida, era muy rigurosa, lo controlaba todo y pensaba que era lo mejor para mí. La enfermedad me enviaba pequeñas señales de alarma, pero pensaba que lo tenía todo bajo control. El día a día llegó a ser un sufrimiento continuo, porque dejabas de sentir y de tener emociones, alejaba a la gente que quieres y todo acaba siendo tú y tu control de la comida. No sabía qué hacer para acallar mi cabeza, no sabía qué estaba pasando pero sabía que no era yo, que las decisiones no las estaba tomando yo. (Salud Mental 360, 2021)

En ese momento, decidió pedir ayuda a través de ACABE Guipuzkoa (Asociación Contra Anorexia y Bulimia), una entidad que ha sido muy importante en todo su proceso:

Lo que la gente conoce de ti, seas deportista de élite o no, es lo que uno quiere mostrar, pero al final, todos tenemos nuestras tormentas internas, nuestros problemas. Visibilizar cualquier enfermedad mental o cualquier problema es importante, y no mostrar solo esa falsa fachada de que todo nos va bien, porque no es verdad... Nuestras virtudes y nuestros problemas nos hacen tal y como somos. (Salud Mental 360, 2021)

En la publicación de su libro “Remando en la oscuridad”, explica que una mujer como ella, aparentemente “triunfadora” ha tenido que remar más que nunca, y aún sigue remando para recuperarse de este trastorno. Según Sandra:

Todos los deportistas de por sí tenemos una mentalidad muy perfeccionista y muy exigente. A ti te ponen objetivos de rendimiento físicos y para ser el mejor tienes que buscar esa perfección. El problema está en el camino que utilizas para llegar a ella. Lo que está claro es que los deportistas somos población sensible a tener trastornos de este tipo. Son los casos de deportistas que últimamente anuncian de manera pública que tienen un problema de salud mental, situación que seguramente se ha dado siempre. (Salud Mental 360, 2021)

La deportista advierte que “solo se enfoca la parte física del deportista y la parte psicológica está más olvidada, algo que se debe cambiar, porque al final los deportistas ponen su cuerpo y su estado psicológico al límite” (Salud Mental 360, 2021).

Sandra pudo seguir un tratamiento adaptado específicamente para no tener que dejar de practicar el deporte. Esta experiencia, poco usual en los tratamientos de la anorexia, es lo que ha llevado a enfocar su doctorado en cómo usar el deporte como una herramienta en la recuperación de un TCA. “En vez de verlo como una forma de compensar o perder peso, el deporte puede ser una herramienta para socializar, para recuperarse... El deporte no es solo capacidad física, es también bienestar, compañerismo...” (Salud Mental 360, 2021).

La deportista ha visualizado la falta de información que existe sobre los trastornos de la alimentación:

A menudo lo primero que piensan es que tienes un problema con tu cuerpo, que estás acomplejada o que quieres seguir un ideal de belleza. Pero el TCA no es el problema, es la consecuencia de un problema que tienes contigo misma. (Salud Mental 360, 2021)

Ante esta desinformación, expresa que es responsabilidad de todos, personas afectadas y profesionales, compartir este conocimiento con toda la sociedad. Por último, agrega:

Nunca debes tirar la toalla ni desistir. No te vas a recuperar de un día para otro, y vas a tener subidas y bajadas durante la recuperación. Pero incluso en estas bajadas vas a estar más lejos del punto cero en el que empezaste. La vida sigue, hay que disfrutarla y dejar de castigarse. (Salud Mental 360, 2021)

9. Conclusiones finales

En la presente monografía se realizó un recorrido por diferentes ejes temáticos vinculados al deporte y a la actividad física, incluyendo los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, junto con el aporte de varios testimonios de deportistas que en algún punto de su carrera profesional transitaron por un TCA o se vieron expuestos a prácticas alimenticias poco saludables por parte de sus entrenadores.

Tal como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo, el deporte es una práctica que supone múltiples beneficios para el bienestar físico, mental y social, pero llevar a cabo una práctica deportiva de manera inadecuada puede desencadenar en que la salud física y mental se vea perjudicada, pudiendo dar paso al desarrollo de un posible trastorno de la conducta alimentaria.

Se plantea que los deportistas presentan una serie de factores que los hacen tendientes a ser una población de mayor riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios, destacándose las características psicológicas del propio deportista, la presión social, la presión del entrenador, las presiones de los compañeros de equipo y la presión del deporte en sí mismo. Esto se debe a que según la actividad que se practique, el riesgo es diferente. Los deportes en los que existe una mayor prevalencia para la aparición de TCA son aquellos en los que se detecta cierta presión para perder y/o mantener el peso. A través de la bibliografía relevada, se puede dar cuenta de que los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes son la anorexia y bulimia.

En relación a lo planteado previamente, el rol del psicólogo deportivo es central para poder supervisar y derivar con especialistas los casos en los que se detecte un posible TCA. Dentro del rol del psicólogo deportivo se encuentra la supervisión, prevención, promoción de la salud, contribuyendo a que la práctica deportiva sea una posible vía para el bienestar psicológico y social.

Se considera pertinente que todo el entorno del deportista se encuentre informado sobre los posibles factores de riesgo y la causa de los problemas del comportamiento alimentario, con el fin de poder identificar la presencia de dichas patologías. Asimismo, contar con un equipo multidisciplinario es fundamental para que pueda generarse un abordaje completo, del cual pueden desprenderse diferentes espacios, como por ejemplo talleres y/o charlas psicoeducativas que permitan una mejora en la atención y asesoramiento de dicha problemática.

Es primordial encontrarse atentos a las conductas de los deportistas, debido a que los propios entrenadores y centros deportivos pueden acentuar acciones perjudiciales para la salud, dificultando de esta manera, un correcto diagnóstico y futuro tratamiento.

A modo de finalización, se espera que el presente trabajo contribuya a futuras interrogantes e investigaciones en dicha temática, como forma de seguir fomentando el interés por el deporte y la actividad física en nuestro país.

10. Referencias bibliográficas

- Alonso, J. (2006). *Trastornos de la conducta alimentaria y deporte*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2159232>
- Álvarez, G. López, X. Mancilla, J. Ocampo, M. & Vázquez, R. (2003). Valoración psicológica y antropométrica en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de investigación en educación, 1*, 177-208.
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-R. Barcelona. Masson.
- Arbinaga, F. & Caracuel, J.C. (2008). *Imagen corporal en varones fisicoculturistas*. Acta Colombiana de Psicología, 11 (1), 75-88. Recuperado de: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/318>
- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Síntesis. Madrid.
- Behar, R.; de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2002). *Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer*. Revista Médica de Chile 130, 964-975. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000900002
- Bermúdez, P., Machado K. & García I. (2016). *Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico*. Archivos de pediatría del Uruguay, 87(3), 240-244. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492016000300006&lng=es&nrm=iso
- Bravo, C. (2016). *Trastornos de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual*. Recuperado de: <http://www.fepal.org/wp-content/uploads/363-esp.pdf>
- Cabetas Hernández, I. (2004). *Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar*. Nutrición Hospitalaria, 19(4), 225-228. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000400004&lng=es&tlng=es.

- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta prácticos.
- Camacho, M.J., Fernández, E. & Rodríguez, M.I. (2006). *Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva*. RICYDE, 2 (3), 1-19. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/26474932_Imagen_Corporal_y_practica_de_actividad_fisica_en_las_chicas_adolescentes_Incidencia_de_la_modalidad_deportiva_Body_image_and_physical_sport_practice_in_adolescent_girls_Analysis_of_the_sport_type
- Castro-López, R., Molero, D., Cachón-Zagalaz, J. & Zagalaz-Sánchez, M.L. (2014). *Factores de la personalidad y fisicoculturismo: Indicadores asociados a la vigorexia*. Revista de Psicología del Deporte, 23(2),295-300. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235131674009.pdf>
- Cazar, C. (2019). *Percepción de la imagen corporal en la anorexia desde la teoría clínica psicoanalítica*. Universidad Católica de Ecuador. Quito. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16360/Disertaci%C3%B3n%20Catherine%20Elizabeth%20Cazar%20Mena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. En: *Perfiles Profesionales del Psicólogo*. Recuperado de: <https://www.cop.es/perfiles/contenido/deporte.htm>
- Collado, P. González, J. Mataix, J. & Sánchez, P. (2006). *Nutrición en el deporte. Ayudas ergogénicas y dopaje*. Fundación Universitaria Iberoamericana. Editorial Díaz de Santos; Madrid.
- Crispo, R. & Guelar, D. (2000). *Adolescencia: trastornos del comer*. Barcelona: Gedisa
- Díaz Ceballos, I. (2005). *Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 5(1-2),67-80 ISSN: 1578-8423. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227017567005>
- Díaz Ceballos, I. (2012). *Detección y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en el deporte. Programa de doctorado: Perspectivas actuales de la*

psicología de la actividad física y del deporte. Tesis Doctoral, Universidad de Vigo. Recuperado de: <http://www.investigobiblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/155/Detecci%C3%B3n%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20los%20trastornos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz, F. & Cruzat, C. (2011). *Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios; 2, 1-9. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a1.pdf>

Dosil, J. & Díaz, O. (2002). *Valoración de la conducta alimentaria y de control del peso en practicantes de aeróbic*. Revista de Psicología del Deporte, 11 (2), 183- 195. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/13296245.pdf>

Dosil, J. (2003). *Trastornos de alimentación en el deporte*. Ed. Deportiva Wanceulen, Sevilla.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

Dosil, J & Díaz Ceballos. (2012). *Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento*. Recuperado de: <https://deporteparatodos.es/imagenes/documentacion/ficheros/02B9F50B.pdf>

Dosil, J., Díaz, I., Viñolas, A. & Díaz, O. (2012). *Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD)*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(1), 163-166. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000100019&lng=es&tlng=es.

DSM-V (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Asociación de psiquiatría y psicopatología de la infancia y adolescencia A.P.P.I.A. Barcelona: Panamericana.

Espina, A. (2007). *Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica*. Cuadernos de Terapia Familiar. 66, 119-128. Recuperado de: http://centrodepsicoterapia.es/pdf_art/75-BnImpulPsiDinamica.pdf

Fernández Aranda, F. & Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona. Masson.

- Fernández, J.G., Contreras, O.R., García, L.M. & González Villora, S. (2010). *Autoconcepto físico según la actividad fisicodeportiva realizada y la motivación hacia esta*. Revista Latinoamericana de Psicología. 42 (2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n2/v42n2a08.pdf>
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ed. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. Recuperado de: https://www.academia.edu/44507172/Gabbard_G_2002_Psiquiatr%C3%ADa_Psicodin%C3%A1mica_en_la_Pr%C3%A1ctica_Cl%C3%ADnica_Espa%C3%B1a_Ed_M%C3%A9dica_Panamericana
- Galaz, M. (15 de Octubre de 1996). *¿Qué quieres, una hija o una medalla?* El País. Recuperado de: https://elpais.com/diario/1996/10/15/deportes/845330418_850215.html
- Galilea, B. (2000). *Conducta alimentaria y rendimiento deportivo*. Apunts Educación física y deportes, Vol. 3, n.º 61, pp. 108-10. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/306952>
- Garcés de los Fayos, E.J. & García Montalvo, C. (1997). *Calidad de vida y deporte: ¿conceptos siempre compatibles?: Incidencia y manejo del estrés en deportistas*". Revista de Psicología del Deporte, 12, 137-146. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/13296586.pdf>
- García, C. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres ciclistas*. Trabajo final de grado, Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36879/TFG-M-N1623.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, M. (2020). *Los tratamientos en la anorexia nerviosa*. Universitat Miguel Hernández. Trabajo de Fin de Grado. Recuperado de: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6397/1/TFG_MIREYA_GARCIA.pdf
- García-Naveira, A. (2010). *EL PSICÓLOGO DEL DEPORTE EN EL ALTO RENDIMIENTO: APORTACIONES Y RETOS FUTUROS*. Papeles del Psicólogo, 31(3), pp. 259-268. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77815136005>

- Guillen García, F., Castro Sánchez, J.J. & Guillen García, M.A. (1997). *Calidad de vida, salud y ejercicio físico: Una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial*. Revista de Psicología del Deporte, 12, 91-104. Recuperado de: [file:///C:/Users/norar/Dropbox/PC%20\(2\)/Downloads/Calidaddevidasaludyejerciciofsico.PDF](file:///C:/Users/norar/Dropbox/PC%20(2)/Downloads/Calidaddevidasaludyejerciciofsico.PDF)
- Gómez, G. & Acosta, M.V. (2003). *Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3(1) ,9-21. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730101>
- León, H. & Sánchez, A. (2012). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Hallazgos, 9(18),189-205. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835216011>
- Llanes, N. (2021). *El ballet y la percepción de la imagen corporal*. Trabajo final de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.sifp.psico.edu.uy/el-ballet-y-la-percepcci%C3%B3n-de-la-imagen-corporal>
- López, I. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario, en deportistas fisicoculturistas de la federación ecuatoriana de físico culturismo y levantamiento de potencia, en el período de Julio a Septiembre del 2016*. Trabajo final de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de enfermería, Carrera de Nutrición Humana. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13332/Disertacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, C. & Treasure, J. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo*. Revista Médica Clínica Las Condes, 22, 85-97. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960#:~:text=La%20BN%20es%20la%20presentaci%C3%B3n,7%20y%2018%2C1%20a%2C3%20B1os.>

- Madrigal, E. & González, A. (2008). *Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana de Costa Rica*. Revista Costarricense de Salud Pública, 17(33), 01-07. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v17n33/3764.pdf>
- Magalhaes Bosil, M.L. & Palha de Oliveira, F. (2004). *Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (1). Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZFn5DrqZP8Lqs3krNVwzBGR/?format=pdf&lang=pt>
- Marca Diario Online. (29 de Agosto de 2020). *La gimnasta rusa Alexandra Soldatova admite sus problemas de bulimia*. Recuperado de: <https://www.marca.com/otros-deportes/2020/08/29/5f4a3ccaca474161608b463a.html>
- Marí-Sanchis, A., Burgos-Balmaseda, J. & Hidalgo-Borrajo, R. (2021). *Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva. Actualización y propuesta de abordaje integral*. Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Volume 69, Issue 2, 2022, 131-143. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530016421001257>
- Márquez, S. (2008). *Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención*. Nutrición Hospitalaria, 23(3), 183-190. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003&lng=es&tlng=es.
- Martínez de Bagattini, C. (1997). *Anorexia nerviosa y bulimia; su relación con lo perverso*. Revista Uruguaya De Psicoanálisis, (84/85), 213–228. Recuperado de: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1018>
- Martínez, L. & Peña, L. (s/f) *Factores de riesgo en anorexia nerviosa*. Universidad de La Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/11052/Lina%20Mar%C3%ADa%20Mart%C3%ADnez%20Cadena%28TESIS%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Martínez Rodríguez, A., Vicente Salar, N., Montero Carretero, C., Cervelló Gimeno, E., & Roche Collado, E. (2015). *Desórdenes alimentarios y supervisión dietética en deportes de contacto: el cuestionario EAT-26 no parece apropiado para evaluar desórdenes alimentarios en deportistas*. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1708-1714. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000042
- Méndez, J., Vázquez, V. & García, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Artemisa en línea, 570-592. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>
- Meneses, S. (2015). *Influencia de los modelos estéticos en la insatisfacción corporal de bailarines adolescentes de la Escuela de Ballet de la Casa de la Cultura*. Tesis. Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad de Guayaquil. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21555/1/capitulos%20de%20investigacion.pdf>
- Mendizabal, S. (2000). *Patología en gimnastas de rítmica de alto rendimiento retiradas*. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid. España. Recuperado de: <http://oa.upm.es/1125/01/02200022.pdf>
- Montero, P., Morales, E.M. & Carbajal, A. (2004). *Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos*. *Antropo*, 8, 107-116. Recuperado de: <http://www.didac.ehu.es/antropo/8/8-8/Montero.pdf>
- Nasio, J.D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/mi-cuerpo-y-sus-imc3a1genes-juan-david-nasio.pdf>
- Nazario, L. (2012). *Trastornos de conducta alimentaria*. *Galenus* 29, 23-25. Recuperado de: <https://www.galenusrevista.com/?Trastornos-de-conducta-alimentaria>
- Nigro, S., & Amarin, D. (2013). *Conductas y trastornos alimentarios*. Escuela de nutrición. Universidad de la República. Montevideo: Tradinco S.A. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20278/1/NUTRICI%C3%93N_NigroS_2013_ConductasYTrastornosAlimentarios.PDF

- Núñez, R. (2005). Bienvenidos a la psicología del deporte y el ejercicio físico. En: Weinberg & Gould. *Fundamentos de la psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Ariel. Recuperado de: <https://xdoc.mx/download/bienvenidos-a-la-psicologia-del-deporte-y-el-ejercicio-5c589c2c0f8c2?hash=62510c08e922e90d228ee67e9449cb7b>
- Olmedilla-Zafra, A. & Ortega-Toro, E. (2009). *Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo*. *Universitas Psychologica*, 8(1), 105-116. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168009>
- Orozco, M. (16 de Abril de 2012). *Una crónica freudiana del cuerpo*. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 145-163. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Ortiz, L.M., Aguiar, C., Samudio, G. & Troche, A. (2017). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?*. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 44; N° 1; Abril 2017; pág. 37 - 42. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v44n1/1683-9803-ped-44-01-00037.pdf>
- Palacios Gil-Antuñano, N. (s/f). *Trastornos de la conducta alimentaria y deporte*. En: *Nutrición, vida activa y deporte*. Segunda Edición
- Palomino, W. (2020). *Relación de hábitos alimentarios y composición corporal entre aficionadas y profesionales de ballet de una universidad pública*. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Recuperado de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15398/Palomino_pw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pedraza, Z. (2006). *Movimiento y estética para estilos de vida saludable*. *Revista Médica de Risaralda*. Mayo 1; 12(1): p. 50-55. Recuperado de: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/1009/4183>
- Pérez Recio, G., Rodríguez Guisado, F., Esteve, E., Larraburu, I., Font, J. & Pons, V. (1992). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas*. *Revista Psicología del Deporte*, 1, 5-16. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v1n1/19885636v1n1p5.pdf>

- Perini Adao, T., Silva Vieira, R., Dos Santos Vigario, P., Lameira de Olivera, G., Dos Santos Ornellas, J. & Palha de Oliveira, F. (2009). *Trastorno do comportamento alimenar em atletas de elite de nado sincronizado*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 15, (1). Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/kXWB3ktMKXbPs58pK4v74Gv/?format=pdf&lang=pt>
- Portela, M.L., da Costa, H., Mora, M. & Raich, R.M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. Nutrición Hospitalaria, 391-401. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Posadas, V. & Ballesteros, F.J. (2004). *La competición: ¿Cómo afecta a los pequeños deportistas?* Recuperado de: <https://www.efdeportes.com/efd73/compet.htm>
- Quiñonez, P. (s/f). *Influencia contextual sobre la anorexia*. Tesis. Universidad de La Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4463/131075.pdf?sequence=1>
- Rubio de Lemus, P. & Lubin, P. (1993). *La anorexia en el atletismo*. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4), 459-464. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2384397>
- Salud Mental 360. (30 de Noviembre de 2021). *El problema es el camino que utilizas para intentar ser la mejor en un deporte*. Recuperado de: <https://www.som360.org/es/testimonio/problema-camino-utilizas-intentar-ser-mejor-deporte>
- Sánchez Gombáu, M.C., Villa, I., García Buades, E., Ferrer, A. & Domínguez, N. (2005). *Influencia del estilo de entrenamiento en la disposición a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en gimnastas de competición*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 5 (1 y 2), 19-28. Recuperado de: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/93371/89951>
- Silva, A. (2011). *Corporeidade e representações sociais: agir e pensar a docencia*. Psicologia & Sociedade; 23(3): p. 616-624. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/jRfgqbfermwdSntsQvTMhRb/?lang=pt&format=pdf>

- Tordera, C., & Rivera, R.M. (2007). *Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes*. *Cadernos de Psicopedagogia*, 6(11), 00. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cap/v6n11/v6n11a04.pdf>
- Toro, J., Galilea, B., Martínez-Mallén, E., Salamero, M., Capdevilla, L., Marí, J.; Mayolas, J. & Toro, E. (2005). *Eating disorders in Spanish female athletes*. *International Journal Sports Medicine*, 26 (8), 693-700
- Torres, V., Ruiz, J., García, M., Pérez, M., Ternero, C. & Mesa, A. (2013). *Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas*. *Higiene y salud ambiental*. 13 (5): 1108-1121. Recuperado de: https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc52b953c91e646_Hig.Sanid_Ambient.13.%285%29.1108-1121.%282013%29.pdf
- Valdez, J.L. & Guadarrama, R. (2008). *Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato*. *Psicología y salud*, 18(1), 63-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118107.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J.M., & López-Miñarro, P.A. (2013). *Imagen corporal: revisión bibliográfica*. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M.T. & Mancilla-Díaz, J.M. (2015). *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5*. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120. [file:///C:/Users/norar/Dropbox/PC%20\(2\)/Downloads/354-2047-1-PB.pdf](file:///C:/Users/norar/Dropbox/PC%20(2)/Downloads/354-2047-1-PB.pdf)
- Villares, L. (2017). *Psicología del deporte y la actividad física: Powerchair*. Trabajo final de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10962>
- Zapata, R., Romero, A., Aguayo, C., García, F. & Brustad, R J. (2013). *Bienestar psicológico y psicopatología: estudio de un caso de intervención en el equipo*

técnico y deportistas de un Club de Tenis. Revista de Psicología del Deporte, 22(2), 387-394. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235128058003>