

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y AUTOCONCEPTO EN USUARIOS DE GIMNASIOS

Rosario Castro-López¹, Javier Cachón², Pedro Valdivia-Moral³ y María Luisa Zagalaz²
Universidad Internacional de la Rioja¹, España, Universidad de Jaén², España y Universidad de Granada³, España

RESUMEN: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conforman un grupo de síndromes clínicos cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso y por la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física; pero a pesar de que el síntoma externo pueda ser una alteración de la conducta alimenticia, el origen de estos trastornos se debería explicar a partir de una perturbación psicológica manifestada en un elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia o ideas distorsionadas sobre peso y comida que poseen las personas afectadas, aspecto que verifica el origen multifactorial del mismo. Los objetivos del presente estudio son analizar los niveles de TCA y autoconcepto en la muestra de deportistas, estudiar la vinculación existente entre estos dos instrumentos y determinar qué variables sociodemográficas de la muestra tienen más relación con los instrumentos utilizados. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo no experimental que utiliza una combinación de métodos descriptivos y correlacionales para responder a los objetivos planteados. La muestra estuvo constituida por 154 deportistas de musculación de la provincia de Jaén (España) que fueron sometidos a los dos instrumentos psicológicos (EDI-2 y AF5) utilizados para medir puntuaciones de TCA y Autoconcepto. Se obtuvieron numerosas relaciones significativas entre las dimensiones de los instrumentos utilizados asociando bajos niveles de Autoconcepto a elevadas tasas de TCA ($p < .05$), entre ellas destaca la relación inversa entre la dimensión Emocional del Autoconcepto con casi la totalidad de las dimensiones del TCA. Asimismo, existieron diferencias significativas en aspectos sociodemográficos (sexo, edad, nivel estudios y horas semanales empleadas en el gimnasio) con respecto a numerosos indicadores de conducta alimentaria de riesgo y niveles de Autoconcepto ($p < .05$). Se han podido caracterizar dichos trastornos y relacionarlos con aspectos comportamentales y sociodemográficos. Los resultados son válidos para aplicar tratamiento al trastorno abordando aspectos preventivos desde los ámbitos, médico, deportivo y educativo.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Autoconcepto, Musculación.

DESCRIPTIVE STUDY OF EATING DISORDERS AND SELF-CONCEPT IN BODYBUILDING

ABSTRACT: Eating disorder (TCA) are a group of clinical syndromes whose psychopathological traits are exaggerated concern about weight and body shape and the belief that the self is strongly determined by physical appearance; but despite the outward symptoms can be altered feeding behavior, the origin of these disorders should be explained from a psychological disturbance manifested in a high level of personal dissatisfaction, fear of mature, high levels of self-imposed or ideas distorted on weight and food that have affected people, something that verifies the multifactorial origin. The objective was analyzing the levels of TCA and self-concept in the sample of athletes. Studying the link between these two instruments and determining which sociodemographic variables of the sample are more related to the instruments used. The study is non-experimental quantitative using a combination of descriptive and correlational methods to meet the objectives. The sample consisted of 154 athletes bodybuilding in the province of Jaén (Spain) who underwent two psychological instruments (EDI- 2 and AF5) used to measure self-concept scores and TCA. Many significant relationships between the dimensions of the tools used by associating Autoconcepto low to high rates of TCA ($p < .05$), among them the inverse relationship between emotional dimension of self-concept with almost all dimensions were obtained TCA. Also, there were significant differences in socio-demographic (gender, age, education level and weekly hours spent in the gym) with respect to many indicators of food risk behavior and self-concept levels ($p < .05$). It was possible to characterize these disorders and to relate behavioral and sociodemographic. The results are valid to apply treatment to tackle disorder preventive aspects from the fields, medical, sports and education.

KEYWORDS: Eating disorder, self-concept, weights.

Manuscrito recibido: 20/09/14
Manuscrito aceptado: 21/02/15

Dirección de contacto: Rosario Castro López
Dpto. Educación en Internet
Gran Vía Rey Juan Carlos I, 41.
Universidad Internacional de La Rioja. 26002. Logroño (España)
Correo-e: rosario.castro@unir.net

ESTUDO DESCRITIVO DE COMPORTAMENTO DISTÚRBIOS DO ALIMENTO E DE AUTO EM USUÁRIOS DE CLUBES

RESUMO: O transtorno alimentar (TCA) são um grupo de síndromes clínicas cujos traços psicopatológico são preocupação exagerada com o peso e forma do corpo e da crença de que o auto é fortemente determinado pela aparência física; Mas, apesar dos sintomas externos podem ser alterados no comportamento alimentar, a origem destes distúrbios deve ser explicado a partir de um distúrbio psicológico manifesta em um alto nível de insatisfação pessoal, o medo de maduros, altos níveis de auto-imposto ou idéias distorcida do peso e alimentos que têm pessoas afetadas, algo que verifica a origem multifatorial. Os objetivos foram analisar os níveis de TCA e auto- conceito na amostra de atletas, estudar a relação entre estes dois instrumentos e determinar quais variáveis sociodemográficas da amostra estão mais relacionadas com os instrumentos utilizados. Estudo de quantitativo não- experimental, utilizando uma combinação de métodos descritivo e de correlação para cumprir os objectivos. A amostra foi composta de 154 atletas de culturismo, na província de Jaén (Espanha), que foram submetidos a dois instrumentos psicológicos (EDI -2 e AF5) usado para medir escores de auto-conceito e TCA. Muitas relações significativas foram achados entre as dimensões das ferramentas utilizadas pela associação Autoconceito baixo a altas taxas de TCA ($p < 0,05$), entre eles a relação inversa entre dimensão emocional de auto- conceito com quase todas as dimensões foram obtidos TCA. Além disso, houve diferenças significativas na sócio-demográficas (idade, nível de educação de gênero e horas semanais gastas na academia) em relação a diversos indicadores de comportamento de risco alimentar e níveis de auto-conceito ($p < 0,05$). Foi possível caracterizar esses transtornos e relacioná- comportamental e sociodemográficas. Os resultados são válidos para aplicar o tratamento para combater a desordem aspectos preventivos a partir dos campos, médico, esportes e educação.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno alimentar, auto- conceito, pesos.

Con el término TCA denominamos las perturbaciones psicológicas que causan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta (Raich, 1994) y comportan alteraciones que acarrear serios problemas de salud. Estos trastornos conforman un grupo de síndromes clínicos cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física (Monterrosa, Boneu-Yépez, Muñoz-Méndez, y Almanza, 2012; Vásquez, Ángel, Morena, García, y Calvo, 1998).

En lo referido al ámbito deportivo, se ha de afirmar que los hábitos alimentarios correctos son fundamentales para el rendimiento físico y las anomalías nutricionales pueden influir significativamente en el rendimiento del deportista, además de afectar negativamente a los niveles de la personalidad del deportista (Castro, Molero, Cachón, y Zagalaz, 2014; Mateos et al., 2010). Además, la presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de una patología de la conducta alimentaria, más aún si tenemos en cuenta algunas de sus características psicológicas, como el perfeccionismo, la compulsión y las altas expectativas sobre sí mismo (Hausenblas y Carron, 1999). En esta línea, el estudio de Vaquero, Alacid, Muyor, y López-Miñarro (2013) afirma que entre los factores de riesgo para el desarrollo de TCA en deportistas de élite se encuentra la influencia socio-cultural de la delgadez, la ansiedad del rendimiento deportivo y la auto-evaluación de los éxitos o fracasos deportivos; aspectos que han provocado el interés de los psicólogos del deporte originando una línea de

investigación que valora la incidencia de los TCA en el ámbito deportivo (Morente, Zagalaz, Molero, y Carrillo 2012).

La prevalencia detectada en este ámbito sobre TCA se manifiesta superior a la hallada en la población general, sobre todo en algunas especialidades deportivas (Toro, 1996), donde muchos deportistas de elite sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable. Para Sánchez Molina et al. (2001), la prevalencia varía desde el 15 hasta el 62%, afectando en más del 90% a chicas adolescentes o mujeres. Wilmore y Costill (1998) estiman la prevalencia en un 50% para las deportistas de elite y Dosit (2004), estima la incidencia de TCA en el deporte entre un 4,2 y un 39,2%.

Es habitual que los pacientes diagnosticados con Anorexia Nerviosa (AN) recurran al ejercicio físico como método para perder peso, ya que el "miedo a engordar" es un elemento clave en el diagnóstico de los TCA (Jáuregui, López, Montaña, y Morales, 2008). Incluso, aunque no queda recogido en ningún manual de diagnóstico, se usan los términos "anorexia por actividad" (Yates, 1991) "anorexia atlética" (Del Castillo, 1998), para referirse a los casos en los que se recurre a la actividad excesiva como método para perder peso.

Los problemas nutricionales alcanzan su grado máximo en mujeres que participan en actividades de danza (Garner, Garfinkel, Rockert, y Olmsted, 1987) y en deportes como la gimnasia, saltos de trampolín y patinaje artístico, quienes, a su vez presentan niveles inferiores de Autoconceito (Esnaola, 2005) debido a que la imagen corporal entra a formar parte del juicio subjetivo (Teitz, 1998), además de las corredoras de fondo o las jugadoras de voleibol (Gould, Finch, y Jackson, 1993; Squire 1994). En un estudio presentado por Paredes, Nessier, y

González (2011) se analizó la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo para AN en un grupo de 24 bailarinas de 13-23 años de edad, obteniéndose un porcentaje de 50% que la sobreestimaron al seleccionar imágenes que no se correspondían con sus parámetros antropométricos. Se encontró que un 58.3% de las bailarinas se catalogaron con riesgo, ya que llevaban a cabo conductas alimentarias anómalas.

Hay deportistas del sexo femenino con trastornos de la ingesta en la práctica totalidad de las disciplinas deportivas (Toro, 1996) que, a pesar de la manifiesta pérdida de peso, niegan estar sometidas a dieta. Estos trastornos parecen más habituales en deportes individuales. Asimismo un estudio realizado por Rosen et al. (1986) aporta los siguientes datos: gimnasia (74%) frente a voleibol (21%); más en deportistas de élite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres (90-95%) que en varones (5-10%), y más en adolescentes que en adultos. No obstante, la gran mayoría de las investigaciones consultadas apuntan que el nivel de competición no es una variable tan importante como el tipo de deporte a la hora de predisponer a una atleta a desarrollar conductas alimentarias patológicas. A ésta información se puede acceder con facilidad a través de páginas web y algunos Blogs sobre la temática que presentan mensajes peligrosos, siendo Wikipedia, según Sáenz-Valero, Wanden-Berghe, Culebras, et al. (2012) y Sáenz-Valero, Guardiola-Wanden-Berghe, y Castiel (2012), la enciclopedia online más utilizada y una valiosa herramienta para la promoción de Salud.

Existen cuatro grupos de deportes donde surgen con mayor frecuencia comportamientos alimentarios patológicos (Beals y Manore, 1994; Daluiski, Rahbar, y Meals 1997; Márquez, 2013; Teitz, 1998; Sundgot-Borgen, 1994; Wilmore y Costil, 1998). Fruto de ello, es la clasificación que realiza el Comité Olímpico Americano en el año 1998, en consonancia con múltiples entidades como diferentes Comités Olímpicos Nacionales, e incluso el Colegio Americano de Medicina del Deporte, así como diversos autores (Dosil, Díaz, Viñolas, y Díaz, 2012) en el que se recogen los deportes considerados de mayor riesgo a la hora de desarrollar un TCA (Dosil, 2004):

- *Deportes con categorías de Peso*, en los que dicha característica condiciona la participación en una u otra categoría.

- *Deportes de Estética*, (Krentz y Warschburger, 2011) en los que el aspecto físico y la figura de los participantes se incluyen en la puntuación recibida por los jueces (Zucker, Womble, Williamson, y Perrin, 1999).

- *Deportes de Resistencia*, en los que sus practicantes se pueden beneficiar de tener un bajo peso para mejorar su rendimiento.

- *Deportes de Gimnasio* (Arbinaga y Caracuel, 2008) practicados en los gimnasios, considerados de riesgo y objeto de nuestro estudio. La vigorexia es el principal problema en estas actividades que presentan como características, la ausencia de un entrenador o preparador que controle el modelo ideal, la cantidad y tiempo de práctica de los ejercicios. En un estudio de Dosil y Díaz (2002) con practicantes de aeróbic, observaron que un 9.2% de las encuestadas presentaba sintomatología compatible con un TCA, evaluada con el EAT-40.

Tras lo expuesto, insistimos en que los objetivos de la investigación son:

1. Detectar los niveles de TCA y Autoconcepto en los deportistas de la muestra.
2. Analizar la relación existente entre TCA y Autoconcepto.
3. Determinar si existe relación significativa de los dos instrumentos utilizados con las variables sociodemográficas.

MÉTODO

Diseño de investigación

Se trata de un estudio cuantitativo no experimental, de carácter correlacional, el cual utiliza métodos descriptivos y de relación para responder a los tres objetivos de la investigación.

Participantes

La muestra está compuesta por 154 deportistas ($n = 154$) que realizan habitualmente trabajo de musculación en gimnasios de la provincia de Jaén (España), de los cuales 12 son mujeres (7.79%) y 142 hombres (92.21%), con edades comprendidas entre 16 y 49 años (edad media de 24.97 años ± 6.90 años), distribuidos en dos grupos de edad, 129 sujetos menores de 30 años (83.8%) y 25 participantes mayores de 30 años (16.2%).

Instrumentos

Se han utilizado los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de variables sociodemográficas. Para la información sobre sexo, edad, nivel de estudios y horas semanales empleadas en el gimnasio.
- EDI-2: Inventario de TCA (Garner, 1998). Autoinforme consta de 91 ítems que se valoran en una escala de frecuencia tipo Likert de 6 puntos, obteniéndose como resultado puntuaciones en 11 dimensiones: 3 relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y 8 más generales referidas a rasgos psicológicos clínicamente relevantes en este tipo de trastornos: ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La opción de evaluar por separado las diferentes dimensiones convierte este cuestionario en un poderoso instrumento de investigación en cuanto a estudios relativos a la satisfacción o insatisfacción corporal, preocupación por el peso y perfeccionismo. En cuanto a su consistencia interna, los datos de fiabilidad ofrecen un alfa de Cronbach superior a .80 en pacientes con TCA. En muestras experimentales españolas se ha analizado la consistencia interna de los elementos (Garner, 1998), aplicándose la técnica de las dos mitades, presentando datos similares a los obtenidos en la muestra americana especialmente en el grupo clínico ($r = .76$ a $r = .91$).
- Autoconcepto Forma 5-AF5 (García y Musitu, 2001). Versión ampliada y actualizada del Autoconcepto Forma A (AFA) que, a través de sus 30 elementos pretende evaluar en el sujeto cinco dimensiones básicas: académica laboral, social, emocional, familiar y física. Los índices de fiabilidad según el alfa de Cronbach varían entre .71 y .84. Su aplicación va desde la infancia hasta la edad adulta.

Procedimiento

Una vez realizada la selección aleatoria de los gimnasios se llevó a cabo una entrevista con los responsables para exponer los objetivos de la investigación, tales como medir niveles de TCA y Autoconcepto, y solicitar permiso y colaboración para realizar el estudio. Tras la aceptación y compromiso verbal para participar, el día acordado se administraron a los deportistas los cuestionarios de forma individual, anónima y voluntaria, encontrándose presente la investigadora principal para resolver las dudas surgidas a los participantes.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 18.0 para Windows, aplicando pruebas descriptivas y de relación (correlación de Pearson, *t* student y análisis de varianza ANOVA). Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

En primer lugar, se estudian los estadísticos descriptivos obtenidos en los instrumentos empleados para la valoración del TCA (tabla 1) y Autoconcepto en la muestra (tabla 2).

El TCA fue medido a través del instrumento EDI-2, del que se extrajeron 11 dimensiones (tabla 1).

El Autoconcepto se midió con el test AF5 del que se extrajeron cinco parámetros (tabla 2).

Tabla 3

Correlaciones entre las dimensiones de los instrumentos EDI-2 y AF5 (Correlación de Pearson)

	al	s	e	fi	f	dt	bd	mf	b	ia	id	i	p	a	ir	si
al	*	.24**	.04	.22**	.48**	.09	.02	-.22**	-.11	-.05	-.18*	-.10	.15*	.08	-.03	-.04
s		*	.25**	.35**	.54**	.07	-.11	.08	-.16*	-.09	-.27**	-.17*	.09	-.09	.01	-.25**
e			*	.19*	.10	-.34**	-.26**	-.27**	-.27**	-.38**	-.30**	-.22**	-.15	-.20**	-.4**	-.17*
fi				*	.34**	-.07	-.19*	-.05	-.34**	-.26**	-.19*	-.25**	-.07	-.14	-.18*	-.36**
f					*	.00	-.25**	-.04	-.16*	-.04	-.16*	-.21**	.17*	.02	.00	-.0
dt						*	.53**	.29**	.23**	.36**	.17*	.17*	.31**	.39**	.53**	.06
bd							*	.23**	.29**	.30**	.30**	.24**	.03	.31**	.36**	.18*
mf								*	.14	.34**	.18*	.12	.14	.08	.34**	.13
b									*	.56**	.22**	.37**	.11	.38**	.50**	.22**
ia										*	.29**	.53**	.27**	.48**	.63**	.28**
id											*	.48**	.05	.23**	.32**	.43**
i												*	.11	.36**	.39**	.37**
p													*	.21**	.28**	-.08
a														*	.56**	.37**
ir															*	.33**
si																*

Nota: Académico Laboral (AL) Social (S), Emocional (E), Físico (FI), Familiar (F), Obsesión por la Delgadez (DT), Insatisfacción Corporal (BD), Miedo a la Madurez (MF), Bulimia (B), Conciencia Interoceptiva (IA), Desconfianza Interpersonal (ID), Ineficacia (I), Perfeccionismo (P), Ascetismo (A), Impulsividad (IR), Inseguridad Social (SI).

En segundo lugar, se ha analizado la relación entre las variables de Autoconcepto y TCA de la muestra a través de correlación bivariable de Pearson (tabla 3) en la que se han obtenido numerosas relaciones significativas entre las dimensiones, especialmente en aquellas que miden aspectos similares.

Como se observa en la tabla 3, con respecto al instrumento AF5, los resultados indican que correlacionan prácticamente todas las dimensiones, destacando los aspectos *físico y familiar*.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del EDI-2

	N	M	DT
Obsesión por la Delgadez	154	3.93	4.44
Insatisfacción corporal	154	4.40	4.91
Miedo a la madurez	154	6.95	5.27
Bulimia	154	1,75	2.50
Conciencia interoceptiva	154	3.01	3.29
Desconfianza interpersonal	154	2.68	2.61
Ineficacia	154	2.18	2.75
Perfeccionismo	154	4.79	3.44
Ascetismo	154	2.88	2.44
Impulsividad	154	3.60	4.28
Inseguridad social	154	2.72	2.50

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del AF5

	N	M	DT
Académico Laboral	154	7.54	1.54
Social	154	8.04	1.23
Emocional	154	6.31	1.99
Físico	154	8.24	1.47
Familiar	154	7.74	1.26

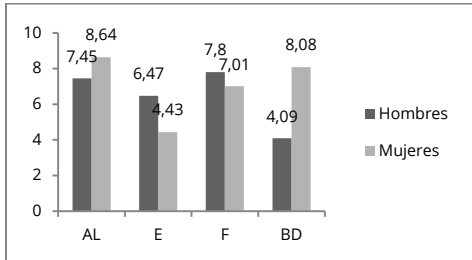


Figura 1. Valoración de las dimensiones en función del sexo de los participantes

En lo que se refiere al sexo en las dimensiones académica, emocional e insatisfacción corporal, los resultados indican la superioridad de las mujeres sobre los varones.

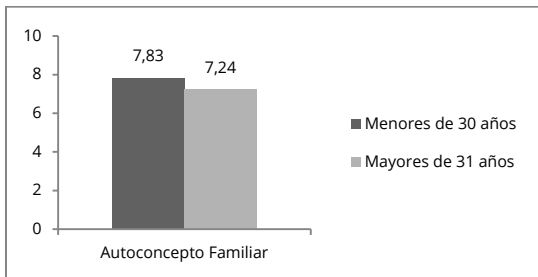


Figura 2. Valoración de las dimensiones en función de la edad de los participantes

En lo referente a la edad, los análisis indicaron diferencias significativas en el Autoconcepto Familiar. Para comprobar qué grupo de edad poseía mayores puntuaciones se realizó una prueba de diferencia de medias proporcionando un resultado superior en menores de 30 años.

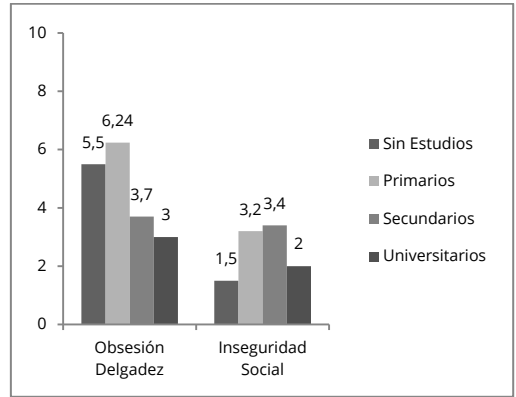


Figura 3. Valoración de las dimensiones en función del nivel de estudios de los participantes

Sobre el nivel de estudios, se han detectado diferencias en la dimensión DM, la prueba a posteriori de Scheffe indica que los participantes con estudios primarios poseen mayores puntuaciones que los universitarios siendo la diferencia de medias estadísticamente significativa.

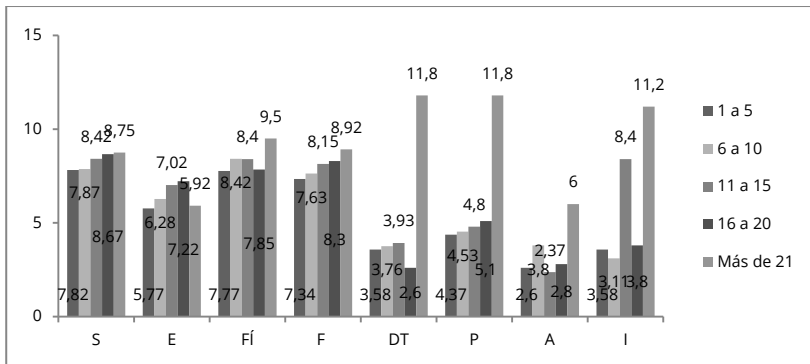


Figura 4. Valoración de las dimensiones en función las horas semanales empleadas en el gimnasio por los participantes

Las horas semanales empleadas en el gimnasio, como puede comprobarse en la Figura 4, mostraron diferencias importantes con las dimensiones de los instrumentos medidos.

DISCUSIÓN

El trabajo estudia, analiza y expresa los niveles de TCA y Autoconcepto de la muestra, aspectos muy influyentes en la práctica deportiva; destacan algunas puntuaciones obtenidas, como *Insatisfacción Corporal*, *Miedo a la Madurez*, *Perfeccionismo* y *Obsesión por la Delgadez*, que han aportado puntuaciones muy

elevadas en los sujetos estudiados. De acuerdo con Rodríguez Molina (2007), esta última dimensión se encuentra inherente al deseo de modificar su aspecto físico de manera obsesiva, lo que a priori podría conllevar una práctica deportiva no gratificante.

Por otro lado se han determinado correlaciones significativas entre las dimensiones de los dos instrumentos empleados destacando aquellas variables psicológicas que valoran aspectos semejantes o contrarios; un ejemplo de ello es la relación inversa que presenta el nivel de Autoconcepto

emocional con casi la totalidad de las dimensiones de TCA. Esto significa que cuanto menor sea el valor de esta variable mayores serán las puntuaciones obtenidas en TCA, coincidiendo con la línea de Baile (2005) y Muñoz y Martínez (2007), al definir a este colectivo con bajo Autoconcepto y Autoestima afectada. Por su parte, Vives, Jódar, y Garcés de los Fayos (2002) los califican como poco maduros, premisa que concuerda con un Autoconcepto emocional bajo o inestable emocionalmente. Al igual ocurre con el Autoconcepto físico, al haberse encontrado numerosas correlaciones con las diferentes dimensiones del instrumento de TCA, aspecto que ratifica lo anunciado por Fernández, Contreras, García, y González (2010) en el que el Autoconcepto físico de su estudio resultó significativamente menor en aquellas prácticas dónde es importante el factor estético o se practican con vistas a mejorar la apariencia física, íntimamente relacionado con los desórdenes alimentarios.

En la misma línea Carta, Zappa, Garghentini, y Casloni (2008) afirman que una inadecuada imagen corporal es crucial en la génesis misma del trastorno alimentario y Bardone-Cone et al. (2009); Rebuffo, Siravegna, y Adrián (2012), y Demidenko, Tasca, Kennedy, y Bissada (2010), señalan que la autodesvalorización y la percepción negativa de sí mismo constituyen factores predictores de TCA.

Con respecto a la asociación de niveles de las dimensiones a aspectos socio-demográficos que se realizó en tercer lugar, se han encontrado diferencias significativas referentes al sexo de los participantes, ya que a pesar de que las chicas presenten proporciones más elevadas de insatisfacción corporal, las de los chicos llegan a una puntuación moderada de acuerdo con estudios como el de Lavender y Anderson (2010) en el que se confirma dicha alza en varones.

También resultaron significativas las edades de los participantes, coincidiendo los resultados de nuestro estudio con algunos otros (Castaño et al., 2012; Olesti et al., 2008; Rutzstein, Murawski, Elizathe, y Scappatura, 2010) al definir al colectivo más joven con mayores niveles de TCA.

Asimismo también resultó significativo el nivel de estudios, no habiendo encontrado trabajos referentes a este aspecto. Por estos resultados, coincidimos con estudios como el de Carmona (2008) cuando afirma que los factores socioculturales tienen un papel central en la aparición y desarrollo de estos trastornos.

En último lugar se mostraron diferencias en las horas semanales empleadas en el gimnasio, al exhibir el grupo de más de 21 horas semanales niveles de preocupación de su imagen corporal reveladoramente superiores al resto de los sujetos de la muestra, hecho que ratifica estudios como el propuesto por Castro-López (2013).

A través de los resultados obtenidos, se pueden identificar algunos indicadores relacionados con el riesgo de padecer un TCA por quienes practican actividad física, ya que una persona que presente bajo Autoconcepto tiene más riesgo de padecer cualquier tipo de trastorno de alimentación en relación con el deporte, problemática tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que podría incluir aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales y educativos de acuerdo con trabajos como el de Toro (2010).

En armonía con todo lo expuesto, somos conscientes de que el deportista con TCA es miembro de una población especial con un problema específico (Márquez, 2008; 2012) y que el concepto de bienestar también debe estar presente en Actividad Física y Psicología del Deporte, desde la propia definición de esta ciencia (Romero, García-Mas, y Brustad, 2009).

REFERENCIAS

- Arbinaga, F., y Caracuel, J. C. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 75-88.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia. Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Bardone-Cone, A. M., Schaeffer, L. M., Maldonado, R. C., Fitzsimmons, E. E., Harney, M., Lawson, M. A., Robinson, P. D., Tosh, A., y Smith, R. (2009). Aspects of self-concept and eating disorder recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 821-846.
- Beals, K. A., y Manore, M. M. (1994). The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 4, 175-195.
- Carmona, C. (2008). Aplicación del Análisis de Género a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC). *Revistaesalud.com*, 4(14).
- Carta, I., Zappa, L. E., Garghentini, G., y Casloni, M. (2008). Body image: A preliminary study of the administration of the Body Uneasiness Test (BUT) to investigate specific features of eating disorders, anxiety, depression, and obesity. *Giornale Italian di Psicopatologia*, 14(1), 23-28.
- Castaño, J. J., Giraldo, D. L., Guevara, J., Losada, D. L., Meza, L. M., Narváez, D. M., Sánchez, L. C., Sepúlveda, M. F., y Velásquez-Chávez, J. (2012). Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, M0anizales, colombia, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 46-56.
- Castro-López, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia*. Tesis doctoral. Universidad de Jaén, España.
- Castro-López, R., Molero, D., Cachón, J., y Zagalaz, M. L. (2014). Factores de la personalidad y fisicoculturismo: indicadores asociados a la vigorexia. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 295-300.
- Daluiski, A., Rahbar, B., y Meals, R. A. (1997). Russell's sign. Subtle hand changes in patients with bulimia nervosa. *Clinical Orthopaedic*, 343, 107-109.
- Del Castillo V. (1998). Deporte y trastornos de la alimentación. Educación física y deportes. *EFDeportes.com Revista digital*, 11. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/>
- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N., y Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152.
- Dosil, J., Díaz-Ceballos, I., Viñolas, A., y Díaz-Fernández, 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.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw- Hill.
- Dosil, J., y 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.
- Esnaola, I. (2005). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Fernández, J. G., Contreras, O. R, García, L. M., y González Villora, S. (2010). Autoconcepto físico según la actividad físicodeportiva realizada y la motivación hacia ésta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 251-263.
- García, F., y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual*. Madrid: TEA.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., y Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Gould, D., Finch, L. M., y Jackson, S. A. (1993). Coping strategies used by national champion figure skaters. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64, 453-468.
- Hausenblas, H. A., y Carron, A. V. (1999). Eating disorders indices and athletes: An integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(3), 230-258.
- Jáuregui, I., López, I. M., Montaña, M. T., y Morales, M. T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 226-233.
- Krentz, E. M., y Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 375-382.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190.
- Márquez, S., y González-Gallego, J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la actividad física y el deporte. En S. Márquez, y N. Garatachea (Dir.), *Actividad física y salud* (Ebook). Madrid: Díaz de Santos: Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER).
- Mateos, C., García, J. L., Polifrone, M., Cachón, J., Zagalaz, M. L., Martínez, M. J., y Martínez, A. (2010). Description of the level of knowledge on the nutritional content and composition of food in a sample of the adolescent students on the island of Gran Canaria, Spain. *Journal of Sport and Health Research*, 2(3), 241-252.
- Monterrosa, A., Boneu-Yépez, J., Muñoz-Méndez, J. T., y Almanza, P. E. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédica*, 3(1), 99-111.
- Morente, H., Zagalaz, M. L., Molero, D., y Carrillo, S. (2012). Prevención de la obesidad infantil a través de una motivación intrínseca hacia la práctica de actividad física. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 33-37.
- Muñoz-Sánchez, R., y Martínez-Moreno A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 457-482.
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín-Vergara, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M., y Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23.
- Paredes, F., Nessler, C., y González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Dieta*, 29(136), 18-24.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rebuffo, M., Siravegna, M. S., y Adrián, L. (2012). Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 22(2), 215-224.
- Rodríguez-Molina, J. M. (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Romero, A. García-Mas, A., y Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347
- Rosen, J. M., Rodgers, J. R., Couch, C. H., Bisbee, C. A., David-Inouye, Y., Campbell, S. M., y Yu-lee, K. Y. (1986). Multihormonal regulation of milk protein gene expression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 478, 63-76.
- Rutsztein, G., Murawski, B., Elizathe, L., y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48-61.
- Sáenz-Valero, J., Guardiola-Wanden-Berghe, R., y Castiel, L. D. (2012). Presencia y adecuación de la terminología sobre desórdenes nutricionales y trastornos de la conducta alimentaria en las ediciones española e inglesa de la Wikipedia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 54-58.
- Sáenz-Valero, J., Wanden-Berghe, C., Culebras, J. M., Gil, A., Ruiz, D., Luengo, L. M., y Veiga, J. (2012). Wikipedia y wikinutrición; herramientas clave para la promoción global de la nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5), 1375-1379.
- Sánchez Molina, M. M., Ibáñez Salmerón, J. C., y García Pérez-Carro, R.M. (2001). Psicología del deporte y de la lesión deportiva. En R. Ballesteros (Coord.), *Traumatología y Medicina Deportiva, Tomo 1. Bases de la Medicina del Deporte* (pp. 265-277). Madrid: Paraninfo.
- Shore, R. A., y Porter, J. E. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201-207.
- Squire, L. R. (1994). Declarative and non-declarative memory: Multiple brain systems support learning and memory. En D. Schacter, y E. Tulving (Eds.), *Memory systems*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(4), 414-419.
- Teitz, C. C. (1998). *La mujer Atleta*. Barcelona: Edika Med.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vásquez, R., Ángel, L. A., Morena, N., García, J., y Calvo, J. M. (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual Pediatr.*, 8(1), 7-14.
- Vives, L., y Garcés de Los Fayos, E. J. (2003). *Una aproximación a la vigorexia desde los trastornos alimentarios: Importancia, implicación e impacto en los desórdenes conductuales*. Proyecto de investigación financiado por la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Wilmore, J. H., y Costil, D. L. (1998). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. Nueva York: Brunnel/Mazel.
- Zucker, N. L., Womble, L. G., Williamson, D. A., y Perrin, L. A. (1999). Protective factors for eating disorders in female college athletes. *Eating disorders: The Journal of treatment and prevention*, 7(3), 207-218.

Agradecimientos

Este trabajo se ha financiado por el grupo de investigación del PAIDI HUM-653 (Innovación Didáctica en Actividad Física).