

Análisis relacional de las contingencias asociadas a las prácticas deportivas con los trastornos de alimentación en adolescentes entre los 16 a 18 años

Marcela Noreña Mejía

Natalía Rojas Segura

Mónica María Novoa Gómez *

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Recibido: mayo 22 de 2006

Revisado: junio 16 de 2006

Aceptado: junio 30 de 2006

Resumen

Este estudio analizó las contingencias asociadas a las prácticas deportivas y su relación con trastornos de alimentación en 42 mujeres adolescentes entre los 16 y 18 años de Bogotá, asignadas intencionalmente en tres grupos: Grupo A, adolescentes que pertenecen a un equipo deportivo; Grupo B, adolescentes que practican deporte con regularidad y Grupo C, adolescentes que no practican deporte, salvo la clase de educación física. El marco explicativo que sustenta la investigación se deriva del análisis experimental del comportamiento bajo el modelo de *anorexia por actividad* (Pierce y Epling, 1993). Se utilizó un protocolo de evaluación compuesto por la prueba Eating Disorder Inventory (Garner et al, 1983), que busca medir trastornos de alimentación, previamente validada para esta población, y una entrevista conductual para conocer factores sociodemográficos, psicosociales y tipos de prácticas deportivas igualmente validada. Esta es una investigación no experimental de naturaleza descriptiva y correlacional con un diseño de comparación de grupos. Los análisis demostraron relaciones significativas entre los tres grupos, de lo cual se concluye que hay riesgo de desarrollar trastornos de alimentación en

* Correspondencia: Mónica María Novoa Gómez, Psicóloga, Magíster en Psicología. Directora y coautora del trabajo de grado. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mmnovoa@javeriana.edu.co; mnovoagomez@yahoo.es. Dirección postal: Cra. 5 No. 30-39, Piso 2, Edificio Manuel Briceño, Bogotá, Colombia.

la población en general, siendo más vulnerable el grupo B, lo cual coincide con los reportes la literatura. Las jóvenes del grupo A realizan deporte con un equipo donde se buscan resultados y triunfos, más que una imagen corporal determinada, mientras que el grupo C, no realiza ningún tipo de deporte o ejercicio físico, aunque presentan niveles considerables de preocupación por la imagen corporal. Se recomendó a los profesionales de la salud, profesores y entrenadores conocer los trastornos de alimentación y los riesgos que puede presentar el realizar ejercicio, practicar deporte o el sedentarismo si son realizados de forma inadecuada.

Palabras clave: Trastornos de alimentación (SC 15825), Modelo comportamental (SC 05690), Psicología del desarrollo (SC 13860), género (SC 20717), deporte (SC 49370).

Abstract

This study analyzed the contingencies associated to sport practices and it's relation with eating Disorders in 42 teenage women between 16 and 18 years old from Bogotá, intentionally assigned in three groups: Group A, teenagers that belong in a sports team, Group B, teenagers that practice exercise regularly, Group C, teenagers that do not practice any sports only their Physical Education class. The explanation frame that organized the investigation was based on the behavioral theory of Epling and Pierce (1993), known as *Activity Anorexia*. The evaluation was composed of two instruments: Eating Disorders Inventory (Garner et al, 1983), which measured Eating Disorders, previously validated for this population and a Behavioral Interview that gave data on social demographic factors, psychosocial and types of sport also validated. This non experimental investigation, of descriptive and co relational nature had a comparative groups design. The analysis showed significant relations between the three groups, being Group B, the most vulnerable, which was accorded with the literature. The Group A, teenagers practiced sports and were part of a team with goals aimed for victory, more than an interest in their body image; while Group C, which did not practice any sports or exercise, although presented considerable levels of awareness of their body image. It was recommended to health professionals, teachers and coaches, to get to know the Eating Disorders, and the risk the exercise practice, sports and sedentary, in any of these teenagers, if done in inadequately.

Key words: Eating disorders (SC 15825), behavioral model (SC 05690), development psychology (SC 13860), gender (SC 20717), sport (SC 49370).

El interés de esta investigación está relacionado con el contexto del cual las adolescentes derivan las reglas asociadas con la imagen estética de delgadez, como algo primordial en su definición de mujeres. Según Deaux (1984, citado por Caro, 2001), el interés por los estudios sobre el sexo/género en psicología hacen su aparición en la década de los setenta como consecuencia del momento cultural que se vivió en los años 60 y 70, donde los movimientos sociales posmodernos plantearon la discriminación de la mujer -frente al hombre- en muchas áreas y abogaron porque la forma en la que se prescribían *roles* sociales, actitudes y valores y se transmitían culturalmente era la responsable del estatuto social y psicológico femenino. Dentro del ámbito clínico, son claras las diferencias en salud encontradas en la comparación de género entre hombres y mujeres. Al igual que el género, el término salud enmarca un universo tanto social como cultural; por tanto los efectos que genera sobre el individuo, además de ser cuantificables y analizables, también pueden ser circunscritos al momento histórico y cultural en el que el individuo vive (Caro, 2001). El estudio de los trastornos alimentarios, especialmente la anorexia nerviosa y la bulimia, se enmarca dentro de la perspectiva de género, por lo que la influencia de factores socioculturales afectan fundamentalmente a la población femenina, dependiendo del punto de vista geográfico y cultural, ya que existen culturas que valoran la obesidad y otras que valoran la delgadez.

Actualmente, los trastornos de alimentación son quizás el campo en el que es posible percibir la más alta influencia de factores socioculturales a la población femenina, ya que hoy en día las exigencias sobre la mujer son múltiples, pues no solo se espera que sea una profesional, sino que también su figura pueda ser enmarcada entre los exigentes parámetros de delgadez (Ibáñez y Caro, 1993 citados por Caro, 2001).

Algunas de las variables que pueden explicar las diferencias de género en los trastornos alimenticios (León y Finn, 1984, citados por Caro, 2001), se relacionan con el reforzamiento positivo a patrones bajos de ingesta, mayor atención al cuerpo

y niveles más bajos de satisfacción respecto a éste, lo que las lleva a realizar diferentes dietas (“dietamania”). Desde los años 70 se multiplicaron los trabajos sobre los trastornos de alimentación, mostrando el incremento de las cifras de anorexia y bulimia en algunos países del mundo (Turón Gil, 1997).

Los trastornos de alimentación en general son definidos como alteraciones en el comportamiento alimenticio de formas variadas. La anorexia nerviosa está caracterizada por el rechazo a mantener un peso corporal por encima del nivel mínimo considerado normal para la edad y la altura, mientras que la bulimia nerviosa está caracterizada por recurrentes episodios de ataques de comida y controles de peso inadecuados como vómitos y purgas (Matheson y Crawford-Wright, 2000). Identificar las causas de estos trastornos es complicado ya que éstas son plurideterminadas, aunque se conoce que algunos son más comunes en personas que los padecen, tales como: las restricciones de la dieta, el deseo de estar más delgadas, la desinformación dietética y la sumisión a estereotipos culturales. Por otro lado, se encuentran los factores relacionales, familiares y afectivos, que son más particulares, y que varían de acuerdo con la persona (Turón Gil, 1997).

Los recursos actuales para tratar este trastorno son más bien escasos; sin embargo lo que se busca es trabajar desde áreas interdisciplinarias, en las que los pacientes sean atendidos por médicos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras, abordando los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y las reglas de conducta o pensamientos asociados (Turón Gil, 1997).

Desde la perspectiva del análisis experimental del comportamiento, se plantea un tipo de anorexia, llamada la *anorexia por actividad*, donde la pérdida de apetito es producida por la actividad física. De esta manera, los sujetos bajos de peso incrementan la actividad física reduciendo el apetito y, por lo tanto, el mismo peso corporal; este ciclo es conocido como pérdida de ingesta-incremento de actividad (Pierce y Epling, 1993).

Esto fue trabajado en el laboratorio con ratas que se encontraban presentes en una jaula con una rueda de actividad y un comedero. Fueron puestas bajo condiciones de privación alimentaria y de actividad física en términos de acceso a la rueda de actividad. A raíz de estas restricciones se encontró el incremento del uso de la rueda a medida que se restringió la comida, respuesta inusual ya que el gasto energético fue mayor a pesar de que el alimento era limitado. Esto llevó a considerar que había anorexia por actividad cuando la rata perdía un 25% de su peso inicial. A partir de estos resultados, los autores citados desarrollaron una teoría bioconductual de tal fenómeno, incluyendo factores culturales, conductuales y biológicos para la explicación de la anorexia. Sugieren que la anorexia por actividad es el resultado de procesos conductuales y biológicos generados por los patrones de delgadez existentes en las sociedades occidentales; son las contingencias de reforzamiento instauradas por la cultura, las que inducen a las personas a realizar ejercicio y dietas para adelgazar; las personas comienzan la restricción de alimento y el aumento de actividad, camino por el cual empieza la anorexia por actividad.

Culturalmente se valora positivamente la delgadez en la mujer y la buena forma física, y por procesos de aprendizaje vicario y modelamiento, las personas aprenden, mantienen y promueven estos paradigmas de belleza. Como reglas que gobiernan la conducta, estos paradigmas propios de las sociedades occidentales, conllevan aprobaciones, ventajas y privilegios tanto económicos como sociales. De esta forma, el ejercicio y las dietas son reforzados por la sociedad, permitiendo que se empiecen a combinar y dando la posibilidad de generar la anorexia por actividad (Pierce y Epling, 1993).

Las manifestaciones conductuales comienzan a aparecer una vez se dispara el ciclo actividad-pérdida de peso. De esta manera la preocupación por la comida, la distorsión de la imagen, la pérdida de la libido y la depresión, aparecen a partir de la restricción de comida y el ejercicio (Beumont 1991, citado por Pierce y Epling, 1993).

Hay tres teorías que explican la relación entre actividad-ingesta; la primera afirma que la actividad produce una respuesta neuroquímica, la cual persiste después de la carrera y actúa produciendo la sensación de saciedad (Aravich, 1996, citado por Pierce y Epling 1993). La segunda afirma que es producto de la termogénesis, aludiendo que un nivel de actividad intenso incrementa la actividad del organismo, lo cual permite que no se sienta necesidad de comer (Lambert, 1993, citado por Pierce y Epling 1993). Y la tercera sugiere que la actividad misma puede producir náuseas, asociadas con comida.

A partir de estas teorías Pierce y Epling (1993) proponen que la incidencia de la anorexia podría estar determinada por los diferentes grados de posibilidad de realizar alguna actividad física. A partir de esta hipótesis se realizaron varios experimentos, en donde se controlaba el acceso y la duración en la rueda de actividad. Estos estudios mostraron que el 75% de las ratas que tuvieron más acceso a la rueda (18 horas), desarrollaron una anorexia fuerte, así como a las que les era permitido correr 12 horas o menos, únicamente el 14%. Con estos datos se concluye que la oportunidad de realizar ejercicio influye en el desarrollo de la anorexia, siendo el ejercicio el factor responsable de este trastorno (Pierce y Epling, 1993).

Los autores señalan que, si bien es cierto que estos comportamientos pueden tener ventajas de supervivencia para las ratas, para los humanos no hay ventajas ni fisiológicas ni conductuales. Por lo tanto, los reforzadores de estos comportamientos en humanos son netamente sociales y culturales; siendo tan fuertes que los comportamientos permanecen a pesar de no ser adecuados (Pierce y Epling, 1993).

Los autores sugieren varias similitudes entre la anorexia en ratas y la anorexia en humanos: la actividad física disminuye la ingesta de comida, la reducción de la ingesta de comida incrementa la actividad física, y la función reproductiva es interrumpida por la actividad física.

Un área interesada en este fenómeno es la psicología del deporte, que diferencia la actividad física y el deporte. Por un lado, está la actividad física por sí misma, y, por el marco social, en el que el adolescente crea una red de relaciones y de contactos entre compañeros, adversarios y directivas. Centrándose un poco más en la segunda, es posible encontrar que ésta abarca todo a nivel relacional, afirmando que el deporte crea un ambiente diferente al de la familia, y el joven, de esta manera, se encuentra más a gusto y más identificado que en su propia casa (Durand, 1975).

Hay tres tendencias o formas de practicar el deporte; la primera es llamada distracción, donde el adolescente va a las prácticas solo con el pretexto de hacer amigos. En segundo lugar, se encuentra la “campeonitis”, en la que solo se buscan resultados, campeonatos y partidos ganados. Por último, está el educativo, ubicado entre los dos anteriores: aquí el deporte sigue siendo una distracción, pero la técnica no se descuida; es a través de la técnica y las sesiones de entrenamiento donde se aprovecha para confiar responsabilidades al adolescente, induciéndole a a reflexión sobre diferentes temas : conocimiento de sí mismo, comprensión hacia los otros y sus dificultades, conocimiento de diferentes medios sociales, nociones de higiene, régimen de vida y responsabilidad.

Las investigaciones realizadas sobre la relación entre la práctica deportiva y los trastornos de alimentación son relativamente limitadas y han estado principalmente en población de secundaria y de primer año de universidad, con edad entre los 15 y 20 años. La investigación realizada por Herrero y Conrado (2004), con adolescentes en espacios escolares, determinó la frecuencia en la muestra de las actitudes y conductas autoinformadas, asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria a través de la evaluación por medio del EDI, comprobando si existían diferencias en dichas actitudes y características psicológicas, en función de las variables sociodemográficas; y, por último, estimar el porcentaje de población adolescente que se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación. El estudio encontró re-

laciones significativas entre las variables de género y curso académico en lo que respecta a las subescalas de preocupación por el peso y la delgadez, al igual que, frente a la variable del centro estudiantil, hubo porcentajes mucho mayores de riesgo en adolescentes de centros privados que de públicos.

El segundo de estos estudios fue realizado en la Península Ibérica (España y Portugal) con mujeres adolescentes entre los 16 y 21 años de edad. Se trabajó con la prueba EDI y se encontró que los desórdenes alimenticios son muy comunes dentro del ambiente universitario, sobre todo en el primer año, así como una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. Se encuentra una incidencia del 40% en trastornos alimenticios; mostrando prevalencias similares ente ambos países (Calado, Goncalves, Lameiras, Machado, Machado, Martins y Rodríguez, 2004).

Dentro de los estudios relacionados con el deporte, Picard (1999) examinó las actitudes frente a la alimentación dentro de una muestra de 38 mujeres atletas de la división I de la National Collegiate Athletic Association (NCAA), 40 de la división II, y 31 mujeres no atletas, buscando la relación entre niveles de competencia y las actitudes y comportamientos frente a la alimentación, mostrando que las personas con un mayor nivel de competencia se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio, que aquellos que no compiten. Se tuvo en cuenta el tipo de deporte, correr y remo de peso liviano versus hockey de hielo y basketball respectivamente.

Se sabe que existen varios deportes en los que, para lograr un mejor rendimiento, además de las habilidades físicas que debe tener la deportista, hay presión por la apariencia estética que se tenga. Esto sucede en deportes como la gimnasia olímpica o patinaje en hielo. La necesidad de mantener un gran control sobre la figura del cuerpo ha sido definida como un factor de riesgo para el desarrollo de la anorexia y la bulimia (Garner y Garfinkel, 1980, citados por Picard, 1999). Este factor de riesgo ha sido identificado en muchos

grupos, incluyendo adolescentes mujeres, bailarinas de ballet, modelos, y algunas mujeres atletas. Un factor basado en la relación de las atletas y desórdenes de alimentación tienden a ejemplificar algunas comunalidades conductuales en individuos con desórdenes de alimentación, que incluyen expectativas altas, competitividad, perfecciones, compulsividad, automotivación e intensa presión por ser delgada y poder desempeñarse (Picard, 1999).

La división I de atletas que se inclinaba hacia el deporte y los que no lo hacían tuvieron puntajes altos en las escalas Eating Attitudes Test (EAT) y Eating Disorders Inventory (EDI), indicando una mayor prevalencia de desórdenes de alimentación, preocupación con la delgadez y miedo a aumentar de peso.

Atletas que practicaban deportes en donde la delgadez estaba relacionada (correr) o en los que hay restricciones en el peso (remo de peso ligero) mostraron altos puntajes en las calificaciones de tests de comportamientos alimenticios y mostraron una tendencia hacia los desórdenes de alimentación que los no atletas y deportistas sin estas restricciones. Así mismo, reportaron un miedo hacia la gordura e insatisfacción con su figura en general, siendo ambos requisitos del diagnóstico de un trastorno de alimentación. También se encontraron sentimientos de autodisciplina, negación, control en los que se han identificado como factores de riesgo para la anorexia y la bulimia (Taub y Blinde, 1992, citados por Picard, 1999).

En una segunda investigación, basada en el estudio de los factores de riesgo para desarrollar trastornos de alimentación en atletas universitarias, se evidenció una relación entre el hecho de participar en un deporte e iniciar algún desorden de alimentación, al examinar la presión social, autoestima, ansiedad de competición e imagen corporal. Se trabajaron deportes específicos: hockey de campo, natación, fútbol, remo y baloncesto. Se utilizaron medidas de la masa corporal, altura y peso; así como cuestionarios de autoestima, imagen corporal, ansiedad de competición y la in-

fluencia social en las alteraciones de la alimentación (Berry y Howe, 2000). Este estudio muestra, al igual que el anterior, que los deportes con un énfasis en la estética, en una estructura delgada del cuerpo y con clasificaciones dependiendo del peso, son factores de riesgo para las manifestaciones conductuales de desórdenes alimenticios, agregando la importancia de tener en cuenta la existencia de otro tipo de factores de predisposición, de tipo psicológico (Berry y Howe, 2000).

Ha habido una serie de variables identificadas como posibles predisponentes de patrones de desórdenes de alimentación en atletas, entre estas están la autoestima, imagen corporal, y la presión social. Además, la presión de un atleta para tener restricciones de peso o de conformar un cierto tipo de cuerpo puede venir de distintos lugares o fuentes como presión de la sociedad en general, compañeros, entrenador, así como el criterio de juicio de algunos deportes (Lindeman, 1994, citado por Berry y Howe, 2000).

Según Thompson y Sherman (1993, citados por Berry y Howe, 2000), el deporte puede tener dos posibles roles en los desórdenes de alimentación: puede atraer personas que ya están en riesgo o puede precipitar un desorden de alimentación en las personas que están predispuestas para su desarrollo. Personas con baja autoestima, por ejemplo, que apenas están empezando a competir en un deporte, pueden estar en riesgo si además se le suma la presión que reciben en los equipos y de los entrenadores.

Otro factor importante encontrado es la ansiedad de competición en el deporte. Brownell y cols (1992, citados por Berry y Howe, 2000) sugieren que la naturaleza competitiva de un deporte puede estar asociada con el desarrollo de un desorden de ansiedad. Además, Tenebaum (1984, citados por Berry y Howe, 2000), afirma que, de acuerdo con la relación entre la ansiedad frente a una competencia y los niveles percibidos de satisfacción y éxito, los atletas con una alta ansiedad también presentaban mayores niveles de insatisfacción con su cuerpo.

Similares resultados se encontraron en investigaciones realizadas con deportes en los que la imagen corporal juega un papel importante, tales como el ballet y los usuarios de gimnasios (body-builders), quienes, en comparación con personas que no realizan ningún tipo de deporte, se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio. Anshel (2004) trabajó con bailarinas de ballet, profesionales y no bailarinas, basado en tres criterios: frecuencia para pesarse, preocupación por dietas y peso corporal y perturbaciones psicológicas, sobre todo de la imagen corporal, concluyendo que éstas son siete veces más vulnerables a adquirir un desorden que cualquier estudiante de bachillerato. Así también, Cohen, Segal, Witriol, y McArdle (1982, citados por Anshel 2004) encontraron que el ballet no es un deporte donde se queman las suficientes calorías para poder mantener un cuerpo atlético (promedio de 200 calorías por hora), y, por lo tanto se necesita de otros soportes para mantener el cuerpo, es decir, dietas.

El estudio mencionado anteriormente hace referencia a bailarinas profesionales; sin embargo, surge la pregunta de si los resultados serían similares en bailarinas no profesionales. A partir de este interrogante, se encontró una investigación comparativa entre tres diferentes grupos: bailarinas, usuarios de gimnasios (body-builders) y personas que no realizan alguna actividad física (Rivaldi, Vannacci, Zucchi, Manucci, Cabras, Boldrini, Murciano, Rotella, Ricca, 2003). Se encontraron los mismos resultados de la anterior investigación; las bailarinas ocupan el primer lugar en riesgo, seguidos por los usuarios de gimnasio, y, por último, se encuentran aquellas personas que no realizan ningún tipo de actividad física.

Otro estudio encontrado pretendía resaltar los comportamientos de riesgo a los que se ven enfrentados los estudiantes en relación con la realización del ejercicio físico obligatorio y no obligatorio (Matheson y Crawford-Wright, 2000). Al referirse al ejercicio obligatorio, lo definen como continuar el ejercicio físico a pesar del dolor, su interferencia con relaciones significativas o trabajo y falta

de tiempo para otras actividades placenteras. Posteriormente, este término fue utilizado para referirse a una ausencia de ejercicio que puede llevar a efectos negativos hacia la persona, como dependencia del ejercicio, a veces acompañado de dietas para lograr una excelencia física atlética aunque solamente a través del ejercicio la mayoría de las veces (Matheson y Crawford-Wright, 2000).

En otro tipo de investigación, Vaughan, King y Cottrell (2004) analizaron las creencias de los entrenadores respecto a la deportistas con desórdenes alimenticios y la confianza que sentían para hablar del tema con sus alumnas. Los autores realizaron varias entrevistas en las que se exploraban diferentes expectativas y creencias que tenían sobre las jóvenes con trastornos alimenticios. Se encontró que el 91% de los entrenadores ha detectado algún caso de desorden en alguna alumna, de los cuales uno de cada cuatro sentía la suficiente confianza para lograr identificar la “enfermedad” como tal. Solamente el 38 % de los entrenadores sentían confianza para preguntar directamente a su alumna si tenía algún problema alimenticio, y que la mayoría de las universidades donde trabajaban estos entrenadores, no tenían una política preventiva de desórdenes alimenticios (Vaughan, King, Cottrell, 2004).

Como resumen, parece existir suficiente evidencia de la relación existente entre la práctica de un deporte de alto rendimiento y la propensión a desarrollar un trastorno alimenticio, siendo esto explicado en parte por la persistente preocupación por obtener un mejor rendimiento como factor causal de alteraciones en los hábitos alimenticios. Sin embargo, hay diferentes comportamientos dependiendo del deporte y sus exigencias; por ejemplo, es mayor el riesgo en aquellos deportes en los que la imagen corporal delgada o esbelta es de suma importancia.

Sin embargo, es de resaltar el evidente vacío investigativo y preventivo en la población colombiana sobre la relación entre los trastornos de alimentación y las prácticas deportivas. Así mismo, no se encuentran estudios realizados a poblacio-

nes escolares (bachillerato), que practican deportes no profesionales pero sí de competencia, como torneos intercolegiales, ni investigaciones que comparen las prácticas deportivas con fines y objetivos definidos en deportes que no hacen énfasis en la estética ni en la imagen corporal y prácticas de ejercicio físico sin objetivos diferentes al adelgazamiento. Ante estos vacíos investigativos, el actual estudio pretendió identificar las contingencias asociadas a las prácticas deportivas y su relación con trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia en mujeres adolescentes que se encuentran en riesgo de desarrollar trastornos de alimentación, que oscilan en un rango de edad que va de los 16 a 18 años.

Método

Tipo de investigación

Esta investigación de tipo no experimental con un diseño de comparación de grupos pretendió comparar tres grupos con diferencias respecto de la variable independiente, en relación con una variable dependiente; tal y como ha sido descrito por Hernández, Fernández y Baptista (1995).

Grupos de la investigación: Grupo A conformado por niñas que practican un deporte en un equipo con objetivos claros, competencias y bajo la dirección de un entrenador; el grupo B, donde se encontrarán las niñas que realizan ejercicio físico como tal, con un mínimo de dos veces por semana y con una duración de mínimo una hora, y con objetivos dirigidos hacia la salud y la estética; por último, el grupo C, constituido por aquellas niñas que no realizan ninguna actividad física, salvo la clase de educación física.

Participantes

Esta investigación se realizó con una población de 42 mujeres adolescentes de, 16 a 18 años cumplidos, de un colegio femenino de Bogotá, pertenecientes a los grados noveno, décimo y once.

La muestra fueron 14 jóvenes del Grupo A, 15 para el Grupo B y 13 del Grupo C, escogidas de manera intencional no probabilística.

Instrumentos

Se trabajó con dos instrumentos diferentes, uno de ellos utilizado para la identificación de trastornos de alimentación y, el segundo, una entrevista semiestructurada que permitió conocer las características sociodemográficas, psicosociales y las prácticas deportivas. Estos instrumentos se describen pormenorizadamente a continuación:

Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983), diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en once subescalas que se correlacionan positivamente. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las once subescalas originales para diagnosticar un trastorno de alimentación. Esta prueba fue validada por Berrío, Escamilla, Sanabria y García (1997).

El segundo instrumento fue una Entrevista conductual, previamente validada para la población colombiana dentro de una investigación realizada por López, Muñoz y Ballesteros (2004), y que recoge información sobre características propias de los trastornos de la conducta alimenticia, así como los factores tanto de riesgo como de protección existentes, entre ellos la ingesta de comida, componente perceptual, imagen corporal, actividades realizadas para mantener el peso o disminuirlo, peso real e imaginario, historia personal, contexto familiar y aspectos sociales y culturales.

Procedimiento

Se realizó el contacto con la institución educativa por medio de cartas a la directora, autorizando el uso del plantel para llevar a cabo la investigación.

Se seleccionaron las adolescentes de los grados noveno, décimo y once que cumplían con los requi-

sitos de edad (16 a 18 años cumplidos), realización de prácticas deportivas específicas, con riesgo de desarrollar trastornos de alimentación y que querían participar de manera voluntaria en la investigación.

Las jóvenes que aceptaron participar (previa firma del consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad), fueron clasificadas en los tres grupos de prácticas deportivas anteriormente mencionados.

Resultados

Los datos que arrojaron los dos instrumentos utilizados, se analizaron mediante estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas de la investigación, así como estadísticas de correlación, análisis bivariado y análisis multivariado.

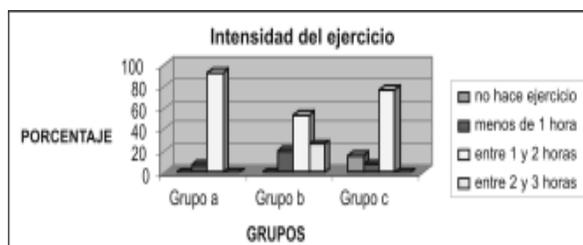
Para determinar si hay diferencias significativas entre los tipos de respuesta presentados por los tres grupos se tuvieron en cuenta pruebas no paramétricas en un nivel ordinal de medición, y las correlaciones con la prueba de análisis de varianza Kruskal-Wallis (Kerlinger y Lee, 2002; Kirk, 1982) así como correlaciones de Spearman, lo que permitió confirmar el nivel de significación del 0,05% de las hipótesis.

Se presentan los análisis comparativos y de correlación de este diseño no experimental de comparación de grupos, siendo estos los más relevantes para la investigación.

Los tres grupos estuvieron compuestos por: Grupo A, 14 participantes; Grupo B, 15 participantes y Grupo C, 13 jóvenes. Todas tenían entre 16 y 18 años cumplidos, correspondientes a los grados noveno, décimo y once. Se tuvo una autorización y compromiso por parte de los padres y de ellas mismas para la participación voluntaria en la investigación.

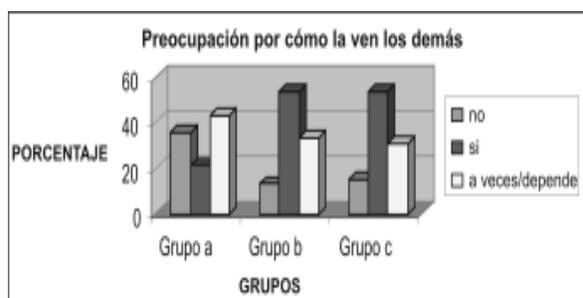
A continuación se muestran algunos datos relevantes dentro de la investigación, que las autoras creen importantes resaltar.

Figura 1. Porcentaje de la variable Intensidad del Ejercicio.



Esta variable relacionada con la intensidad del ejercicio permite observar que las participantes del grupo B son quienes mayor puntaje obtienen en la variable 2-3; siendo el único grupo que punte en dicha escala.

Figura 2. Porcentaje de la variable Preocupación por cómo la ven los demás.



Con relación a las respuestas obtenidas a partir de la entrevista conductual, los tres grupos respondieron frente a la pregunta sobre la Preocupación por cómo la ven los demás de la siguiente manera: Grupo A, un 35,71% afirmó no haber sentido preocupación, un 21,43% sí haberla sentido y un 42,86% a veces o depende de quién; para el grupo B, un 13,33% afirmó no haber sentido preocupación por cómo la ven los demás, un 53,33% sí y un 33,33% a veces o depende; por último el grupo C respondió con un 15,38% que no, un 53,85% de forma afirmativa y un 30,77% algunas veces o depende.

Figura 3. Porcentaje de la variable Problemas alimentarios en la actualidad.

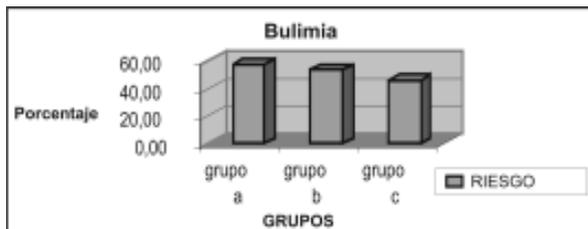


Con respecto a la variable de problemas alimentarios en la actualidad, se pudo encontrar que el 78,57% del grupo A afirma no tenerlos, mientras que un 21,43% sí. Del grupo B, un 80% no los tiene y un 20% reporta tenerlos. Para el grupo C, el 84,62% no los tiene y el 15,38% responde que sí tiene problemas alimentarios en la actualidad.

A continuación se presentan los Análisis descriptivos obtenidos a partir del EDI.

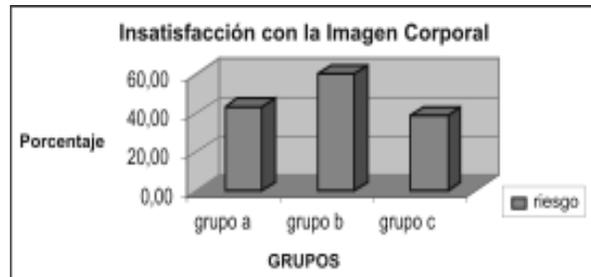
Con relación al Inventario de desórdenes de alimentación EDI se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis comparativo entre los tres grupos del estudio, en cada una de las once subescalas del instrumento.

Figura 4. Porcentaje del riesgo en la subescala Bulimia.



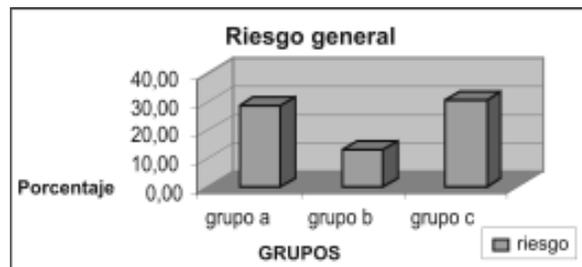
Con respecto a la segunda subescala, se pudo observar que el 57,14% correspondiente a ocho personas del grupo A, el 53,33% también a ocho participantes y un 46,15% en seis de las jóvenes, estaba relacionado con los puntajes encontrados en Bulimia.

Figura 5. Porcentaje del riesgo en la subescala de Insatisfacción con la Imagen Corporal.



Ya para la tercera subescala del EDI fue posible encontrar un porcentaje de riesgo con respecto al grupo A, del 42,86% (seis personas), para grupo B, del 60% (nueve participantes) y para el grupo C, del 38,46% (cinco jóvenes).

Figura 6. Porcentaje del riesgo general de la prueba EDI.



Con relación al riesgo de trastornos de alimentación en la muestra de esta investigación a partir del instrumento EDI, fue posible encontrar que el grupo A está en riesgo en las once subescalas en un 28,57%, el grupo B, en un 13,33% y el grupo C, en un 30,77%.

De la misma manera, la frecuencia en la que las participantes puntuaron dentro de cada grupo, es posible observar que no son correlaciones significativas, al tener en cuenta que “sí”, es la suma total de los ítems del instrumento fueran mayor o igual a 80.

Análisis de correlación de subescalas del EDI

Con respecto a los análisis de correlación obtenidos a partir del uso de correlación de Spearman se encontraron diferencias significativas entre las subescalas Deseo de Esbeltez y Bulimia del 0,355 con un nivel del 0,02 de significancia y entre Deseo de Esbeltez e Insatisfacción con la Imagen corporal del 0,661 con un 0,00 nivel de significancia.

De la misma manera, entre el Deseo de Esbeltez y el consumo de diuréticos para controlar el peso, el valor de la correlación del -0,426 en un nivel de significancia del 0,05. Así como el pertenecer a un grupo y una Baja de percepción interoceptiva con un valor del 0,372 a un nivel de significancia del 0,01.

Y por último, entre *Bulimia* y *Deseos de comer*, se encontró un valor del 0,476 en un nivel del 0,02 de significancia.

Discusión

A partir de los resultados se puede ver que, aquel grupo, en cuyas participantes se puede encontrar en mayor riesgo de desencadenar algún trastorno alimenticio es el B según los riesgos ya identificados por Pierce y Epling (1993), quienes proponen que la incidencia de la anorexia podría estar determinada por los diferentes grados de posibilidad de realizar alguna actividad física, y con mayor razón cuando su único objetivo es conseguir una imagen que se adapte más a las exigencias sociales y culturales.

Las jóvenes del grupo C muestran bastantes inquietudes y preocupaciones con su imagen corporal, a pesar de estar en bajo peso. Lo que puede decir que, aunque no realicen ejercicio, sí están utilizando otros métodos para lograr su delgadez. Sería interesante poder observar más a fondo qué utilizan, y bajo qué supervisión, ya que éstas son quienes se encuentran más desprotegidas porque sus métodos no son fácilmente reconocidos (como

lo puede ser el ejercicio en un gimnasio), pasando así más desapercibidas.

Las integrantes del grupo A pueden estar en un mayor riesgo general, sin embargo, a partir de lo encontrado, no les preocupa su imagen corporal, haciendo parte de un equipo que puede ejercer cierto control sobre ellas a la vez que de apoyo en situaciones difíciles; y obligándolas, de cierto modo, a no tener un muy bajo peso que pueda influir en el bajo rendimiento de su deporte.

Se recomienda que los profesionales de la salud, profesores, entrenadores, tengan conocimiento de los trastornos de la alimentación, los riesgos que puede presentar realizar ejercicio, practicar un deporte o el sedentarismo, puesto que todos, realizados de manera inadecuada, pueden llegar a desencadenar un desorden alimenticio.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anshel M. H. (2004) *Sources of Disordered Eating Patterns Between Ballet Dancers and Non-dancers*. *Journal of Sport Behavior*, 27 (2), 115-133.
- Berrío, C., Escamilla, M., Sanabria, P., García, J. (1997). *Adaptación de la prueba E.D.I. para la detección de los trastornos de alimentación en jóvenes de Santa Fe de Bogotá*. Tesis de grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana.
- Berry, T. R., Howe, B. L. (2000). Risk Factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of sport behavior*. 23, 3, 207.
- Calado, M, Goncalves, S, Lameiras, M, Machado, B, Machado, P, Martins, C, Rodríguez, Y. (2004). *Eating Related Problems Amongst*

Iberian Female Collegue Estudents, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (4), (3), 459-504.

Caro, I (2001). *Género y Salud Mental*, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Garner, D., Olmsted, M.P., & Polivy J. (1983) The development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 2, 15-34.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1995). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Herrero, M., Conrado, M. (2004). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, (1), 67-83.

Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales (4ª ed)*. México: McGraw-Hill.

Kirk, R. E. (1982) *Experimental design*. Brooks/Cole Publ. Co., Belmont: Calif. pp. 911.

López, C.A., Muñoz, A.R., Ballesteros, B.P. (2004). *Cambio del contexto socio-verbal desde la teoría de Desarrollar Problemas alimentarios*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana.

Matheson, H., Crawford-Wright, A. (2000). An Examination of eating disorder profiles in student obligatory and non-obligatory exercisers. *Journal of Sport Behavior*, 23 (1), 42-50.

Picard, C. L. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes. *Journal of youth and adolescence* 28, 5, 583.

Pierce, W. D. y Epling, W. F. (1993). *Activity Anorexia: The interplay of Culture, behavior and biology*. Cap 3. En: Lamal P.A. (1993) Cultural Contingencies. Behavior Analytic perspectives and cultural practices. London: Praeger (53-81).

Rivaldi C., Vannacci A., Zucchi T., Manucci, E., Cabras, P.L., Boldrini, M., Murciano, S., Rotella, C.M., Ricca, V. (2003). Eating Disorders and Body Image Disturbances Among Dancers, Gymnasium Users and Body Builders, *Psychopathology* 36, 247-254.

Turón Gil, J. V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Ed. Masson.

Vaughan, J. L., King, K. A., Cottrell, R. (2004). Collegiate Athletic trainers confidence in helping female athletes with eating disorders. *Journal of athletic training*, 39 (1), 71-76.