

Revista de Psicología del Deporte
2002. Vol. 11, núm. 2, pp. 183-195
ISSN: 1132-239X

Universitat de les Illes Balears
Universitat Autònoma de Barcelona

VALORACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE CONTROL DEL PESO EN PRACTICANTES DE AERÓBIC

Joaquín Dosil Díaz y Olga Díaz Fernández*

PALABRAS CLAVE: Aeróbic, trastornos de alimentación, peso.

RESUMEN: Este trabajo presenta una descripción de las conductas alimentarias y de pérdida de peso de las participantes en la actividad física de aeróbic y su relación con la sintomatología de trastorno alimentario. El total de la muestra está constituida por 123 mujeres universitarias, con una media de edad de 23,06 años. Los cuestionarios administrados fueron: la versión española del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991) y el CAD (Cuestionario de Alimentación en el Deporte), elaborado expresamente para la situación. Los resultados muestran como 9,2% de los sujetos presentan sintomatología de trastorno alimentario.

KEY WORDS: Aerobics, eating disorders, weight.

SUMMARY: This study presents a description of eating behaviours and weight losses in those people practising aerobics and their relation with the symptomatology of eating disorders. The total number of participants is 123 university students, all of them women. The age averages 23,06 years old. The questionnaires that have been distributed are: the spanish version of EAT-40 (Castro, Toro, Salamero and Guimera, 1991) and the CAD (Questionnaire on Nutrition in Sports), that has been prepared on purpose for

Correspondencia: Joaquín Dosil Díaz. Departamento de Psicología Evolutiva y Comunicación. Facultad de Educación. Campus de Pontevedra. Universidad de Vigo. E-mail: jdosil@uvigo.es

* Universidad de Santiago.

this occasion. Results show that 9,2% of individuals present symptoms of eating disorders.

Introducción

Está sobradamente demostrado que la actividad física y el deporte realizado de forma regular y con moderación es un medio para obtener beneficios, tanto físicos como psicológicos y, de esta manera, lograr una vida plena y saludable. Rowley (1987) indica que los efectos que puede tener el deporte cuando no se rige por estos principios pueden ser indeseables. De esta manera, frente a las ventajas y efectos positivos del ejercicio físico, pueden surgir efectos negativos, como son la excesiva preocupación por la imagen corporal, por la alimentación y el peso.

Al respecto, Davis et al (1990) realizan un estudio con 112 mujeres que practicaban ejercicio físico regularmente, obteniendo una correlación significativa con preocupaciones por el peso y la alimentación. Otro estudio en la misma línea es el de McDonald y Thompson (1992), quienes encuentran que las mujeres practican con mayor frecuencia que los hombres una actividad física por la preocupación por el peso. Pese a todo, llegan a la conclusión que tanto en los hombres como en las mujeres existe una correlación positiva entre peso, tono muscular e imagen corporal y los trastornos alimentarios e insatisfacción con el cuerpo.

Por otra parte, la investigación con animales ha mostrado la relación directa entre actividad física y restricción alimentaria (Routtenberg y Kuznesof, 1967; Epling et al, 1983; Epling y Pierce, 1996), lo que ha

llevado a que las investigaciones recientes se ocupen de este tema, siendo frecuente la publicación en las revistas especializadas de psicología del deporte de artículos relacionados con los trastornos alimentarios en diferentes deportes (Fogelholm y Hiilloskorpi, 1999; Caballero et al., 2002). Las conclusiones a las que se llega en estos trabajos es que se dan más frecuentemente en unos deportes que en otros y más en el sexo femenino que en el masculino (Díaz, Gonzalez y Dosil, 1998).

La anorexia basada en la actividad física fue estudiada por autores como Epling y Pierce (1988 y 1996), que afirman que existe una relación bidireccional entre la alimentación y el ejercicio, en el sentido de que a mayor ejercicio, menor efecto reforzante de la alimentación y que cuanto menor es el ejercicio, mayor es el efecto reforzante de la alimentación. Davis et al (1994) llegan a la conclusión de que la participación asidua e intensiva en deportes y ejercicio físico puede desempeñar un papel patógeno en el inicio y mantenimiento de trastornos de la alimentación. Kron et al (1978) encuentran que una de las características típicas del comportamiento anoréxico es la excesiva e intensiva participación en actividades físicas y deportivas.

Las investigaciones citadas nos llevan a plantear que ciertos deportes son un factor de riesgo en los trastornos alimentarios (Dosil, en preparación); en este sentido Beumont et al. (1994), identifican una nueva subclase de anorexia nerviosa, «la anorexia por ejercicio físico», referida a un grupo de pacientes que en caso de

no poder realizar ejercicio, reducían la comida de forma inmediata y drástica, aunque también podía dar lugar a una mayor dedicación posterior a la actividad física. Complementarios son los estudios de Bamber et al. (2000a y 2000b) que hacen referencia a la «dependencia de ejercicio» o los de Matheson y Crawford (2000) sobre el «ejercicio obligatorio».

Pese a todo, debemos tener en cuenta que la actividad física por sí sola no explica la aparición de un cuadro anoréxico, puesto que los datos experimentales sólo señalan relación entre ejercicio físico y pérdida de peso si se produce restricción alimentaria. McDonald y Thompson (1992) demostraron como el deporte practicado con finalidades relacionadas con el bienestar, la salud o el divertimento deportivo correlacionaba con menores niveles de trastornos alimentarios y con mejor autoestima de los deportistas. Por tanto, la auténtica situación de riesgo vendría definida por la reducción de la alimentación y la oportunidad de practicar o estar practicando algún género de actividad física. En tal caso, esta actividad iría incrementándose a medida que descendiera el peso y se incrementara la restricción alimentaria (Toro, 1996).

En el presente artículo se plantea el estudio de un deporte-actividad física, el aeróbic, en relación con la sintomatología de trastornos de la alimentación. Las características de dicha actividad son las siguientes:

- a) Participación masiva de mujeres
- b) No suele tener una finalidad competitiva
- c) No es un deporte de los

denominados «de riesgo», puesto que no se puntúa la estética (aunque existe un claro componente de preocupación por la imagen), no se exige estar muy delgado para aumentar rendimientos ni depende del peso para estar en una categoría u otra.

d) La intensidad de la actividad es bastante elevada y el ritmo lo marca la música.

Objetivos

Nos planteamos los siguientes objetivos:

- 1) Conocer si se presenta sintomatología de trastorno alimentario en las personas que practican esta actividad
- 2) Conocer la información que las practicantes de aeróbic tienen sobre nutrición y hábitos alimentarios correctos para la realización satisfactoria de una actividad física o deporte
- 3) Constatar las motivaciones que llevan a los sujetos a su práctica
- 4) Conocer el nivel de satisfacción entre el peso real e ideal
- 5) Conocer los métodos utilizados para perder peso, lo que les ha motivado a ello y la frecuencia de su control

Método

Sujetos

La población objeto de estudio está compuesta por 123 mujeres universitarias que acuden a la actividad de aeróbic ofertada por el Servicio de Deportes de la Universidad de Santiago.

La media de edad de las participantes es de 23,06 años, con

una desviación típica de 3,15.

Instrumentos

Se ha utilizado el Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-40 (*Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel, 1979*) en su versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991), con el objetivo de identificar los síntomas asociados con los trastornos alimentarios (teniendo como referencia el punto de corte de 30 para delimitar sintomatología de trastorno alimentario).

También se ha elaborado un cuestionario —Cuestionario de

Alimentación y Deporte CAD— (ver Anexo 1), que evalúa diferentes aspectos relacionados con los motivos y los hábitos alimentarios de los sujetos. Para ello se ha hecho una revisión de la literatura, seleccionando las cuestiones que nos interesaban para el tema que nos ocupa y que aparecían en otros cuestionarios con finalidades similares (García Ferrando, 1997).

Procedimiento

Para la cumplimentación de los cuestionarios hemos acudido a las clases de aeróbic que oferta el

PUNTUACIONES EN EL EAT-40 (N= 87)			
Casos que superan el punto de corte EAT ≥ 30		Casos que no superan el punto de corte EAT <30	
Número de sujetos	Porcentaje de la muestra	Número de sujetos	Porcentaje de la muestra

Tabla 1. Sintomatología de Trastorno Alimentario según las puntuaciones en el EAT-

Servicio de Deportes de la Universidad de Santiago de Compostela (curso 1999-2000). Esta actividad, nacida hace 3 años, tiene una matrícula que oscila entre 175-185 personas cada año y con expectativas de aumento. Las participantes son en su mayoría mujeres y existen tres grupos con diferentes horarios (de 60 personas cada uno, aproximadamente). Para este estudio hemos utilizado dos grupos.

Las clases tienen una duración de 50 minutos y las participantes acuden, generalmente, con el tiempo justo para

la realización de la actividad (los horarios son de 13 a 14 h, de 20 a 21 h y de 21 a 22 h.). Tuvimos en cuenta que es una actividad que tiene un coste económico para el usuario, por lo que interrumpimos el menor tiempo posible. Esta circunstancia nos obligó a presentar en los primeros minutos de la clase el cuestionario y entregárselo para que lo cumplimentasen en sus hogares.

De los 123 cuestionarios entregados, hemos recogido 97 y sólo han servido para el análisis de los datos 87.

Resultados

En lo que se refiere a los resultados

del Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT40) con el que podemos identificar *Sintomatología de Trastorno Alimentario*, como se puede

MOTIVOS DE PRÁCTICA	PORCENTAJES
Por hacer ejercicio	65,5
Por mantener la línea	59,8
Por salud	58,6
Por diversión	47,1
Porque le gusta el deporte	33,3
Por evadirse de la rutina	33,3
Por encontrarse con amigos	10,3
Por competir	2,3
Otros	3,4

Tabla 2. *Motivos para la práctica de aeróbic.*

apreciar en la Tabla 1, muestran como 10 de los participantes (9,2%) alcanzan una puntuación igual o superior a 30, lo que les identifica como sujetos con sintomatología asociada a trastornos alimentarios.

En cuanto a los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario —CAD—, los describimos siguiendo los apartados del mismo:

— Horas semanales e intensidad de la práctica de alguna actividad física

Como indicábamos anteriormente, la actividad de aeróbic se realiza dos veces por semana, por lo que la mayoría de los sujetos han elegido la opción de 2 horas. Pese a todo, un número importante de sujetos (20,6%) marcan una opción con más horas, lo que indica que, a parte de acudir a aeróbic, realizan otro tipo de actividades físicas. Pese a todo, las

diferencias no son significativas al relacionar las horas semanales con las puntuaciones obtenidas en el EAT-40, entre los sujetos que muestran sintomatología de trastorno alimentario y los que no superan ese punto de corte en el cuestionario aplicado ($t=0,430$; $p>0,05$).

— *Motivos para practicar aeróbic*

Los motivos que más peso tienen entre los sujetos que practican aeróbic son los relacionados con el deporte-salud: «por hacer ejercicio físico» (65,6%), «por mantener la línea» (59,8%) y «por salud» (58,6%).

Motivos como la «diversión», con un 47,1%, «porque le gusta el deporte» ó «por evadirse de la rutina», con un 33,3% —cada uno—, forman un segundo grupo, con porcentajes algo inferiores a la mitad de la muestra.

Dosil, J. y Díaz, O.

Valoración de la conducta alimentaria y de control ...

Por último, otros motivos, como: «encontrarse con amigos» (10,3%) o «por competir» (2,3%) alcanzan

porcentajes muy bajos (Tabla 2).

La diferencia entre los sujetos con puntuaciones mayores de 30 en el

IGUAL	PESO IDEAL=PESO REAL 25	PORCENTAJE 28,7%
	PESO IDEAL<PESO REAL	PORCENTAJE
1-2 KILOS	18	20,6%
3-4 KILOS	18	20,6%
5-6 KILOS	12	13,7%
7-8 KILOS	5	5,7%
+ DE 9 KILOS	6	6,8%
	PESO IDEAL>PESO REAL	PORCENTAJE
1-2 KILOS	1	1,1%
3-4 KILOS	1	1,1%

	Frecuencia (N= 87)	Porcentaje
No suelo controlar el peso	42	48,3
1 ó 2 veces al mes	25	28,7
1 ó 2 veces por semana	18	20,7

EAT y aquellos que no sobrepasan ese punto de corte son significativas únicamente en el ítem referido a «por mantener la línea» ($t = -2,08$; $p < 0,05$).

— *Percepción del peso real (PR) y el peso ideal (PI)*

El análisis de los resultados relacionados con el peso, permiten observar que 25 sujetos (28,7%) afirman que no hay diferencias entre

su peso ideal y su peso real; 60 sujetos (68,1%) que su peso real es mayor que su peso ideal y 2 sujetos (2,2%) que su peso real es menor que su peso ideal.

Si nos centramos en los sujetos que consideran que su peso ideal es menor que su peso real, se puede observar que 18 sujetos (20,6%) perciben que la diferencia entre su peso actual y el ideal está entre 1 ó 2

kilos; el mismo número de sujetos consideran que la diferencia está entre 3 ó 4 kilos; 12 sujetos (13,7%) establecen la diferencia en 5 ó 6 kilos; 5 sujetos (5,7%), entre 7 u 8 kilos y 6 sujetos (6,8%), más de 9 kilos (Tabla 3). Pese a todo, no se puede considerar la comparación entre peso ideal y peso real como descriptor de un trastorno alimentario, puesto que no existen diferencias significativas

entre los sujetos con sintomatología asociada a trastorno alimentario y aquellos que no superan el punto de corte de 30 en el EAT en este ítem ($t = -0,837$; $p > 0,05$).

— *Frecuencia de control de peso*

Los resultados muestran como, aproximadamente, la mitad de los sujetos que participan en la investigación no suelen controlar el

MÉTODO DE PÉRDIDA DE PESO	PORCENTAJE
CONTROL DE CALORÍAS	54
COMER MENOS CANTIDAD	50,6
ENTRENAR MÁS	20,7
LAXANTES/DIURÉTICOS	6,9
AYUNAR	5,7
ROPAS DE PLÁSTICO	1,1
VÓMITOS	1,1
SAUNA	-
PÍLDORAS PARA ADELGAZAR	-
OTROS	2,3

peso. Un control mensual lo realizan 25 sujetos (28,7%), un control semanal 18 sujetos (20,7%) y un control diario 2 sujetos (2,3%) (Tabla 4). Existen diferencias significativas entre los sujetos con puntuaciones altas en el EAT-40 y los que obtienen puntuaciones por debajo del punto de corte en cuanto a esta variable ($t = -2,11$; $p < 0,05$). Se confirma, por tanto, que los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario tienen un mayor control de su peso corporal.

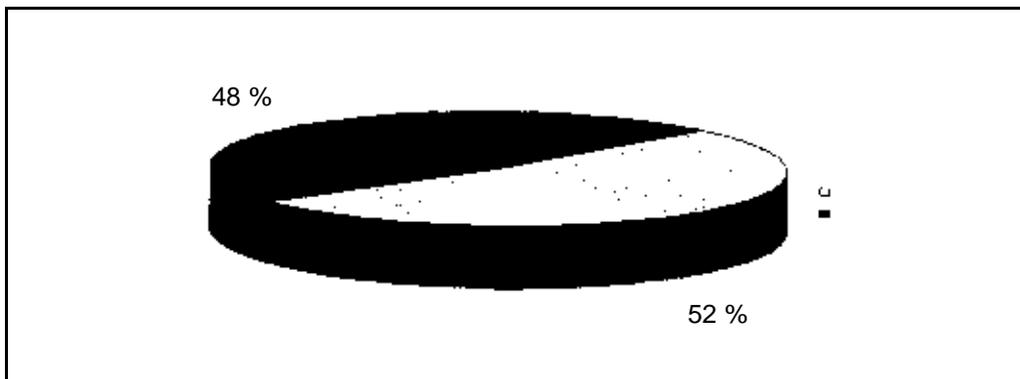
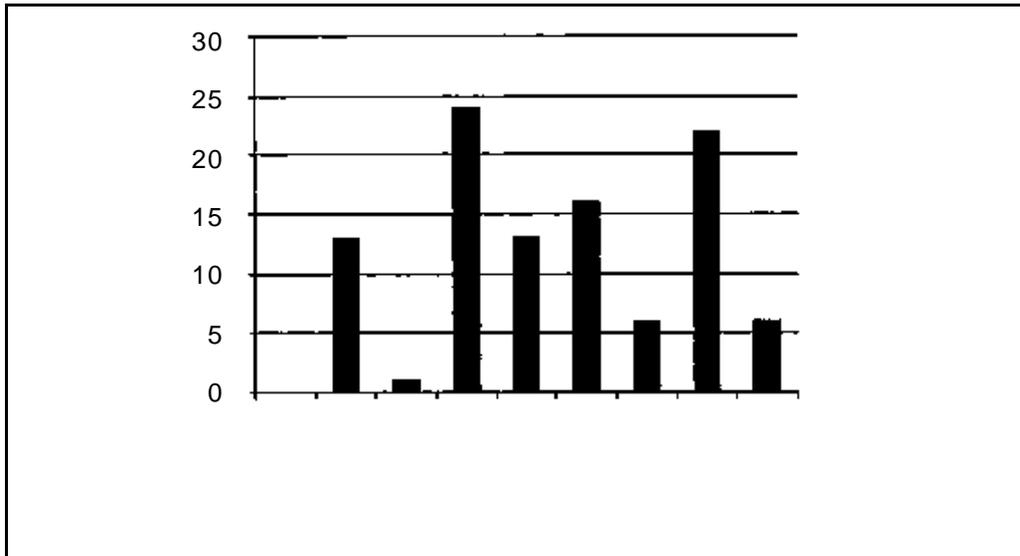
— *Métodos utilizados para perder peso*

Aunque el EAT40 presenta algún ítem que hace referencia a los métodos de pérdida de peso, se ha incluido un ítem específico en el CAD, teniendo en cuenta los métodos que aparecen más frecuentemente en la literatura sobre el tema.

Los resultados muestran como las opciones «control de calorías de los alimentos» y «comer menos cantidad» son las más escogidas, con un 54% y un 50,6%, respectivamente. Importantes son los porcentajes que alcanza la opción «entrenar más», con un 20,7%, lo que puede explicar que

varios sujetos afirmaran que su práctica semanal era mayor de 2 horas. Al comparar a los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario

con aquellos que no la presentan, se observa como existen diferencias significativas en el método «Comer menos» ($t=-2,001$; $p<0,05$), mientras



que no ocurre en otros como «Comidas bajas en calorías» ($t=-1,763$; $p>0,05$) o «Entrenar más» ($t=-1,290$; $p>0,05$), lo que indica que son métodos que se utilizan sin distinción.

Otros métodos, aunque con porcentajes bajos, deben tenerse muy en cuenta por su relación directa con la sintomatología de trastorno de alimentación, son: laxantes/diuréticos (6,9%), ayuno (5,7%), ropas de plástico (1,1%), vómitos (1,1%) y otros (2,3%). Se observan diferencias significativas, según las puntuaciones en el EAT-40, en la utilización de laxantes ($t=-2,27$; $p<0,05$), mientras que estas diferencias, posiblemente debido al escaso número de sujetos que los escogen, no son significativas con otros métodos: Ayuno ($t=-0,608$; $p>0,05$), Ropas de Plástico ($t=0,359$; $p>0,05$), Vómitos ($t=-1,00$; $p>0,05$) y otros métodos ($t=0,510$; $p>0,05$). Es importante, por otra parte, señalar que ninguno de los sujetos de la muestra escogieran «sauna» y «píldoras para adelgazar» (Tabla 5).

— Influencia en la decisión de pérdida de peso

Otra cuestión importante para este estudio fue la de conocer qué personas, profesionales o instancias han influido para intentar perder peso (por sus comentarios, recomendaciones, etc...). El grupo de «amigos» es el que más influencia tiene en el tema que tratamos, con un 24,1%, seguido por la opción «yo mismo», con un 21,8%.

La influencia de los medios de comunicación también es importante, obteniéndose un 16,1% en la opción «televisión, periódicos, etc...» y un 12,6% en la opción «libros, revistas,

etc...». Los «padres» también influyen en la pérdida de peso, con un 12,6%, al igual que el «novio», con un 5,7%.

Se observa como la influencia de las «compañeras de entrenamiento» es mínima (1,1%) y la del «entrenador/monitor» nula (0%). La influencia de «otros» es de un 5,7% (Figura 1).

Pese a todo, si comparamos este ítem con las puntuaciones obtenidas en el EAT-40, es importante señalar que no existen diferencias significativas entre los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario y los que puntúan por debajo del punto de corte de 30 en el EAT-40: «Amigos» ($t=-1,24$; $p>0,05$), «Yo mismo» ($t=-0,99$; $p>0,05$), «Libros, revistas...» ($t=-1,25$; $p>0,05$), «Padres» ($t=-0,87$; $p>0,05$) o «Novio» ($t=-0,60$; $p>0,05$).

— Información sobre nutrición y deporte

Aproximadamente, la mitad (52%) de los sujetos de la muestra afirman haber recibido información de este tipo a lo largo de su vida (Figura 2), aunque no parece ser un condicionante para delimitar si un sujeto tiene sintomatología asociada a trastorno alimentario ($t=0,115$; $p>0,05$).

Discusión

En relación al primer objetivo planteado, nos encontramos que los porcentajes obtenidos en el EAT-40 que manifiestan sintomatología de trastorno alimentario entre las practicantes (punto de corte 30), son altos (9,2%), teniendo en cuenta que es una actividad deportiva donde no existen categorías de peso, no es «necesario» estar muy delgado para rendir mejor, no hay una evaluación

estética por parte de los jueces que imponga un prototipo de cuerpo (Wilmore y Costill, 1998; Dosil, en preparación) y no se trata de un deporte de competición (Blasco et al, 1993). Con respecto a este último aspecto, en un estudio de Neumarcker, Bettel, Dudeck y Neumarke (1998), los porcentajes en las mujeres de alta competición de ballet fueron de un 21,6%; por otro lado, Culnane y Deutch (1998) obtuvieron un 19% en practicantes de danza.

Creemos que una explicación de los elevados porcentajes puede ser la preocupación que existe en la cultura española con respecto al tema de la estética-peso. Con respecto a esto, el Ministerio de Sanidad y Consumo, afirma que el 1,5% de la población sufre trastornos de alimentación, mientras que Asociaciones como ADANER, elevan cinco veces más este porcentaje (Dosil, en preparación). La influencia de la cultura ha quedado claramente demostrado en estudios como el de Hamilton et al (1989) o el

de García (1999) que obtuvieron puntuaciones más elevadas en el EAT-40 en unas culturas que en otras (deportistas de Estados Unidos, China y Puerto Rico). Asimismo, al igual que sucede en otros trabajos (Blaydon y Lindner, 2002; Ackard, Brehm y Steffen, 2002), parece ser que existe cierta dependencia al ejercicio en algunos sujetos, con claras finalidades relacionadas con la reducción de peso y la preocupación con la imagen corporal.

También se ha planteado el análisis de los motivos que lleva a las personas a realizar una actividad física de este tipo. El interés está en describir estos motivos relacionándolos con los hábitos alimentarios negativos, que pueden desencadenar un trastorno de alimentación (Clinton, 2001). Entre los motivos que exponen los sujetos para la práctica del aeróbic interesa, principalmente, el que hace referencia a «por mantener la línea». Esta opción, escogida por un número importante de sujetos (59,8%), muestra la

importancia que le dan a los temas relacionados con la imagen corporal y, en consecuencia, a su relación con la alimentación. En otro estudio (Dosil, 2001) se obtuvieron porcentajes algo menores en este ítem (42,4% en una muestra de 224 sujetos de todas las edades y un 55,7% en sujetos en edad universitaria), aunque se debe matizar que los porcentajes fueron 4 veces superiores en la mujeres que en los hombres. Estas puntuaciones correlacionan con las de Marzano (2001), en las que se aprecia una gran dependencia de la imagen corporal en la construcción del «cuerpo perfecto». Sin duda, «el culto al cuerpo» se ha convertido en una «prioridad» social.

El control y la satisfacción con el peso han sido tratados en nuestro estudio y relacionados con la sintomatología de trastorno alimentario. Al igual que en otros trabajos, parece existir una relación directa entre algún método de pérdida de peso y puntuación alta en el EAT-40 (comer menos y laxantes), lo que apoya la hipótesis de

que ciertos métodos se pueden considerar patológicos (Beals y Manore, 2000; Harris, 2000; Taylor y Ste-Marie, 2001). Asimismo, es importante señalar como en nuestra muestra no se han apreciado diferencias significativas (entre los sujetos con sintomatología y sin sintomatología de trastorno alimentario) en lo referente a la satisfacción con el peso, lo que contrasta con los trabajos de Beals y Manore (2000) en los que se considera que uno de los criterios a tener en cuenta en el diagnóstico subclínico en deportistas es, precisamente, la no satisfacción con el peso. Creemos que se debe a que esta actividad concreta de aeróbic presenta un número importante de practicantes que acuden con fines de salud, de bienestar físico y mental. Sin embargo, los resultados apuntan a un mayor control del peso (mayor número de pesadas) en los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario, lo que se relaciona con los trabajos de Dale y Landers (1999) en luchadores.

Por último, señalar que gran parte de la literatura sobre el tema considera que la presión de los entrenadores y la información sobre la nutrición son factores predisponentes de trastornos de la conducta alimentaria (Nardini, 1998; Turk et al., 1999; Wiginton y Rhea, 1999). En aeróbic, dadas las circunstancias propias de la actividad, parece no existir tal presión por parte del entrenador-monitor y la cantidad de sujetos que afirman no tener información sobre nutrición no parece que predisponga a sintomatología de trastorno alimentario.

Todo esto indica que el aeróbic es una actividad deportiva que puede tener efectos altamente beneficiosos para la salud, pero la práctica orientada, única y exclusivamente hacia el culto a la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso, puede inducir a la aparición de un trastorno alimentario (Toro, 1996). Tal vez estemos ante una actividad deportiva «novedosa» en el ámbito de estudio de los trastornos de alimentación, en la que coexisten una serie de condicionantes (suelen participar sólo mujeres, se está en continuo movimiento, música alta, lugar cerrado, etc...) que deberán tenerse en cuenta en próximas investigaciones. Asimismo, sería preciso realizar un seguimiento longitudinal de los sujetos del estudio a lo largo del tiempo para analizar la evolución de la prevalencia de sintomatología de trastorno alimentario y, de esta forma, establecer un criterio claro que distinga si la propia actividad se considera una modalidad de riesgo.

Referencias

- Ackard, D., Brehm, B. J. y Steffen, J. J. (2002). Exercise and eating disorders in college-aged women: profiling excessive exercisers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10 (1), 31-47.
- Bamber, D., Cockerill, I. M., Rodgers, S., y Carroll, D. (2000a). «It's exercise or nothing»: a qualitative analysis of exercise dependence. *British Journal of Sport Medicine*, 34 (6), 423-430.
- Bamber, D., Cockerill, I. M., y Carroll, D. (2000b). The pathological status of exercise dependence. *British Journal of Sport Medicine*, 34 (2), 125-132.
- Beals, K. A. y Manore, M. M. (2000). Behavioral, psychological, and physical characteristics of female athletes with subclinical eating disorders. *International*

- Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 10 (2), 128-143.
- Beumont, P. J. V., Arthur, B., Russell, J. D. y Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 1:21-36.
- Blasco, M. P., García Mérita, M. L. y Balaguer, I. (1993). Trastornos alimentarios en la actividad física y el deporte: una revisión. *Revista de Psicología del Deporte*, 3, 41-53.
- Blaydon, M., y Lindner, K. J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10 (1), 49-60.
- Caballero, J. A., Vives, L., Garcés de los Fayos, E. J. (2002). Análisis bibliométrico de las investigaciones sobre trastornos alimentarios en la actividad física y el deporte (1992-2000). *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Clinton, D. (2001). Expectations and experiences of treatment in eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9 (4), 361-371.
- Culnane, C., y Deutsch, D. (1998). Dancer disordered eating: comparison of disordered eating behavior and nutritional status among female dancers. *Journal of Dance Medicine and Science*, 2 (3), 95-100.
- Dale, K. S. y Landers, D. M. (1999). Weight control in wrestling: eating disorders or disordered eating?. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31 (10), 1382-1389.
- Davis, R., Olmsted, M. P. y Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: Assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 882-886.
- Davis, C., Durnin, J. V. G. A., Dionne, M. y Gurevich, M. (1994). The influence of body fat content and bond diameter measurements on body dissatisfaction in adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 3:257-263.
- Díaz, O., González, O., y Dosil, J. (1998). Trastornos de la Alimentación. *Guía para padres y profesores*. Madrid: Concapa.
- Dosil, J. (2001). *Actividad física y deporte a lo largo del Ciclo Vital: actitudes, motivaciones y práctica*. Universidad de Santiago.
- Dosil, J. (en preparación). Trastornos de alimentación y deporte.
- Epling, W. F., Pierce, W. D. y Stefan, L. (1983). A theory of activity-based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 1:27-46.
- Epling, W. F. y Pierce, W. D. (1988). Activity-based anorexia: a biobehavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 4:475-485.
- Epling, W.F. y Pierce, W.D. (1996). *Activity anorexia: theory, research and treatment*. New Jersey: Lea.
- Fogelholm, M., y Hiiloskorpi, H. (1999). Weight and diet concerns in Finnish female and male athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31 (2), 229-

Anexo 1

Cuestionario de Alimentación y Deporte (C.A.D.)

A continuación, te presentamos una serie de cuestiones relacionadas con la nutrición en el deporte. No existen respuestas mejores ni peores, todas son válidas. Te rogamos contestes con la mayor sinceridad, puesto que los resultados son absolutamente confidenciales. Gracias.

EDAD **SEXO:** Hombre 1 Mujer 2

— ¿Cuántas horas semanales dedicas a este deporte?

1 0-1 hora 2 2-3 horas 3 4-5 horas 4 6 o más horas

— Durante la actividad deportiva, ¿cuál es tu grado de esfuerzo/intensidad?

1 Esfuerzo/intensidad baja 2 Esfuerzo/intensidad media-baja 3 Esfuerzo/intensidad media

4 Esfuerzo/intensidad medio-alta 5 Esfuerzo/intensidad alta

— ¿Cuál es tu peso actual?

— ¿Cuál consideras que sería tu peso ideal?

— ¿Con qué frecuencia controlas el peso?

1 No suelo controlar el peso 3 1 ó 2 veces por semana

2 1 ó 2 veces al mes 4 Todos los días

— Señala el/los motivo/s que te han llevado a la práctica de aerobic:

1 Por hacer ejercicio 4 Porque le gusta el deporte 7 Por encontrarse con amigos

2 Por salud 5 Por mantener la línea 8 Por competir

3 Por diversión 6 Por evadirse de la rutina 9 Otros

.....

— Si a lo largo de la temporada bajas de peso, señala qué método utilizas:

1 Ayuno 4 Entrenar más 7 Sauna 10 Píldoras dietéticas

2 Comer menos cantidad 5 Retención de fluidos 8 Ropas de plástico

3 Comidas bajas en calorías 6 Laxantes, diuréticos 9 Vómitos

11 Otros

— ¿Quién/es te ha influido para intentar perder peso (por sus comentarios, recomendaciones, etc...)?

1 Entrenador 4 Amigos 7 Novio

235.

- García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Madrid y Valencia: Consejo Superior de Deportes y Tirant lo blanch.
- García, E. (1999). *Sociocultural differences in eating-disordered behaviors and body image perception: a comparison between Puerto Rico and American college women*. Universidad de Oregón.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Hamilton, L. H., Hamilton, W. G., Meltzer, J. D., Marshall, P. y Molinar, M. (1989). Personality, stress, and injuries professional ballet dancers. *American Journal of Sport Medicine*, 17, 2.263-267.
- Harris, M. B. (2000). Weight concern, body image, and abnormal eating in college women tennis players and their coaches. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 10 (1), 1-15.
- Kron, L., Katz, J. L., Gorzynski, G. y Wuner, H. (1978). Hyperactivity in anorexia nervosa. A fundamental clinical feature. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 433-440.
- Martin, K. A., y Hausenblas, H. A. (1998). Psychological commitment to exercise and eating disorder symptomatology among female aerobic instructors. *The Sport Psychologist*, 12 (2), 180-190.
- Marzano, M. M. (1999). The contemporary construction of a perfect body image: bodybuilding, exercise addiction, and eating disorders. *Quest*, 53 (2), 216-230.
- Matheson, H., y Crawford, A. (2000). An examination of eating disorder profiles in student obligatory and non-obligatory exercisers. *Journal of Sport Behavior*, 23 (1), 42-50.
- McDonald, K. y Thompsom, J. K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 289-292.
- Nardini, M. (1998). *Body image, disordered eating, and obligatory exercise among women fitness instructors*. Universidad de Oregón.
- Neumaerker, K. J., Bettle, N., Bettle, O., Dudeck, U. y Neumaerker, U. (1998). The eating attitudes test: comparative analysis of female and male students at the public ballet school of Berlin. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1:19-23.
- Routtenberg, A. y Kuznesof, A. W. (1967). Self-starvation of rats living in activity wheels on a restricted feeding schedule. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 64, 414-421.
- Rowley, S. (1987). Psychological effects of intensive training in young athletes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 371-377.
- Taylor, G. M. y Ste-Marie, D. M. (2001). Eating disorders symptoms in Canadian female pair and dance figure skaters. *International Journal of Sport Psychology*, 32 (1), 21-28.

Dosil, J. y Díaz, O.

Valoración de la conducta alimentaria y de control ...

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Turk, J. C., Prentice, W. E., Chappell, S., y Shields, E. W. (1999). Collegiate coaches' knowledge of eating disorders. *Journal of Athletic Training*, 34 (1), 19-24.
- Wiginton, K. L. y Rhea, D. (1999). Cognitive mapping: its use as an assessment tool for disordered eating. *Women in Sport and Physical Activiy Journal*, 8 (2), 63-72.
- Wilmore, J. H. y Costill, L. (1998). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Barcelona: Paidotribo.