

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. BARTOLOME VASSALLO”**

**LA RELACION DE HABITOS Y
CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN
BASQUETBOLISTAS
ADOLESCENTES CON EL APORTE
DE EDUCACION ALIMENTARIA
NUTRICIONAL**

AUTOR: PABLO AGUSTÍN PERDOMO

Tesis presentada para completar los requisitos del plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición.

Director: Lic. Silda Paola Jacquement

**Concepción del Uruguay
Octubre de 2014**

Con mucho cariño dedico este trabajo y agradezco a todas las personas que formaron parte del proceso.

A mi familia, por el sacrificio de tantos años.

A mis amigos, por compartir esta aventura conmigo.

A mi querido club Zaninetti, siempre presente en mi corazón.

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue sensibilizar a dirigentes y entrenadores deportivos sobre la importancia que adquiere la Educación Alimentaria Nutricional en los hábitos y las conductas alimentarias de los basquetbolistas adolescentes para el desarrollo y mantenimiento de una buena calidad de vida. Conforme a ello se encuestó a 62 basquetbolistas adolescentes que durante el mes de Agosto del año 2014 realizaron su práctica deportiva en el club Presbítero Andrés Zaninetti perteneciente a la ciudad de Concepción del Uruguay provincia de Entre Ríos, Argentina, para conocer en profundidad la calidad de hábitos y conductas alimentarias que mantienen y el aporte de Educación Alimentaria Nutricional que reciben.

El trabajo se llevó a cabo mediante una investigación de tipo descriptiva y correlacional, de carácter cuantitativo y corte transversal. Los resultados que se pudieron obtener reflejan:

- ❖ Porcentajes elevados de prevalencia de hábitos alimentarios no saludables, tanto en hombres como en mujeres.
- ❖ Porcentajes elevados de prevalencia de conductas alimentarias no saludables, de igual modo en ambos sexos.
- ❖ Bajo porcentaje de basquetbolistas adolescentes que recibieron alguna vez Educación Alimentaria Nutricional.

Los datos arrojados por la presente investigación demuestran que el escaso aporte de Educación Alimentaria Nutricional que recibe esta población actúa como factor de riesgo en el origen y mantenimiento de hábitos y conductas alimentarias no saludables.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	9
1. BENEFICIOS EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.	9
<i>1.1 Beneficios para la salud.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2 Perjuicios de una práctica inadecuada.....</i>	<i>12</i>
2. EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN DEPORTISTAS.	14
3. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	17
<i>3.1 Anorexia Nerviosa: características diagnósticas.</i>	<i>18</i>
<i>3.2 Bulimia Nerviosa: características diagnósticas.....</i>	<i>19</i>
<i>3.3 Trastornos subclínicos.....</i>	<i>20</i>
3.3.1 Anorexia por actividad.....	20
3.3.2 Corredor obligatorio.....	20
3.3.3 Vigorexia.	21
4. FACTORES IMPLICADOS EN LA PREDISPOSICIÓN, ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN DEPORTISTAS.	22
<i>4.1 Factores que predisponen T.C.A en el deporte.....</i>	<i>22</i>
4.1.1 Factores sociales.	23
4.1.1.1 El entrenador.....	25
4.1.1.2 Los compañeros.....	26
4.1.1.3 La familia.....	27
4.1.2 Factores personales.....	28
<i>4.2 Factores que desencadenan un T.C.A en los deportistas.</i>	<i>29</i>
<i>4.3 Factores que mantienen un trastorno de alimentación en el deporte.</i>	<i>30</i>
4.3.1 El seguimiento de una dieta.....	31
4.3.2 El proceso de refuerzo.	31
4.3.3 La familia.....	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34

HIPÓTESIS.....	34
PROPÓSITO.....	34
OBJETIVOS.....	34
<i>GENERAL</i>	34
<i>ESPECÍFICOS</i>	35
MATERIALES Y MÉTODOS	36
TIPO DE ESTUDIO.....	36
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	36
<i>CARACTERIZACIÓN DEL CLUB PRESBITERO ANDRÉS ZANINETTI</i>	36
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</i>	38
<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</i>	38
VARIABLES DE ESTUDIO.....	39
<i>SEXO</i>	39
<i>EDAD</i>	39
<i>HÁBITOS ALIMENTARIOS</i>	39
<i>CONDUCTA ALIMENTARIA</i>	39
<i>EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL</i>	39
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	40
ANÁLISIS DE DATOS.....	41
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIÓN	50
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	54
<i>ANEXO I</i>	54
<i>ANEXO II</i>	55

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA I: distribución de frecuencias absolutas por sexo de la población total.....	42
GRÁFICO I: porcentaje de deportistas adolescentes por sexo de la población total.	42
TABLA II: distribución de frecuencias absolutas por rango de edad de la población total.	42
GRÁFICO II: porcentaje de deportistas adolescentes por rango de edad de la población total.....	43
TABLA III: distribución de frecuencias absolutas según calidad de hábitos alimentarios en mujeres.	43
GRÁFICO III: porcentaje de deportistas adolescentes mujeres según calidad de hábitos alimentarios.....	43
TABLA IV: distribución de frecuencias absolutas según calidad de hábitos alimentarios en hombres.	44
GRÁFICO IV: porcentaje de deportistas adolescentes hombres según calidad de hábitos alimentarios.	44
TABLA V: distribución de frecuencias absolutas según calidad de conductas alimentarias en mujeres.	45
GRÁFICO V: porcentaje de deportistas adolescentes mujeres según calidad de conductas alimentarias.....	45
TABLA VI: distribución de frecuencias absolutas según calidad de conductas alimentarias en hombres.	45
GRÁFICO VI: porcentaje de deportistas adolescentes hombres según calidad de conductas alimentarias.....	45
GRÁFICO Y TABLA VII: Distribución de frecuencias absolutas en hábitos y conductas alimentarias masculinas y femeninas	46
TABLA VIII: distribución de frecuencias absolutas sobre Educación Alimentaria Nutricional de la población total.....	47
GRÁFICO VIII: porcentaje de deportistas adolescentes que recibieron Educación Alimentaria Nutricional de la población total.	47

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la práctica deportiva sobre la salud de las personas son indudables. La práctica de actividad física de forma regular y controlada posee una serie de efectos beneficiosos en la salud tanto física como mental. La práctica de deporte en edades tempranas actúa como facilitadora de hábitos saludables y actitudes más positivas hacia el mantenimiento de los mismos durante el resto de la vida.

A pesar de esto, si la práctica deportiva se lleva a cabo de forma obsesiva o con objetivos diferentes al mantenimiento de la salud, el divertimento o la competición de forma saludable, el deporte puede llegar a ser un factor de riesgo para el desarrollo de hábitos pocos saludables o incluso patológicos. Dentro de las consecuencias de una práctica inadecuada nos encontramos, entre otros, con el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A). Los mismos se convirtieron en una importante línea de investigación dentro de la psicología y sociología del deporte en su vertiente más relacionada con los hábitos saludables y su promoción.

Hay una serie de factores que hacen de los deportistas una población de mayor riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios, entre los que se destacan los siguientes: la presión social, la presión del entrenador, las presiones de los compañeros del equipo, la presión del deporte, la propia práctica deportiva, las características psicológicas del deportista, y un último y determinante factor relacionado a la necesidad por parte del deportista de recibir una adecuada Educación Alimentaria Nutricional (E.A.N) y que la misma sea otorgada desde el seno de su propio club.

Esta investigación surge de la necesidad de fomentar la Educación Alimentaria Nutricional (E.A.N) en el ámbito deportivo institucional, con el objetivo de aplicar los principios de las ciencias de la Nutrición a la actividad que realizan los deportistas adolescentes que concurren al club Presbítero Andrés Zaninetti, teniendo en cuenta su utilidad tanto para mejorar el estado de salud y optimizar el rendimiento deportivo como para prevenir desórdenes alimenticios que pueden dar origen a Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A).

Con motivo de lo anteriormente expuesto, se decide tomar como referencia la población deportista adolescente del club antes mencionado, el cual se tomará como

unidad de análisis o campo real para la investigación. De este modo se piensa acercarse a la Institución para poder conocer en profundidad sus características, su fisonomía y sus costumbres en relación a los hábitos y conductas alimentarias que mantienen sus deportistas.

Además se tratará de establecer nexos entre los resultados obtenidos de la investigación de campo y los factores que hacen de los deportistas una población de mayor riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios.

ANTECEDENTES

1. BENEFICIOS EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.

Previo a abordar la temática que se plantea en el primer capítulo resulta necesario, por un lado diferenciar los conceptos de *actividad física* y *deporte*, y por el otro desarrollar brevemente el concepto de *adolescencia*.

ACTIVIDAD FÍSICA: cualquier movimiento corporal, provocado por una contracción muscular, cuyo resultado implique un gasto de energía.

DEPORTE: actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas.

ADOLESCENCIA (Knobel y Aberastury, 1984)

La adolescencia más que una etapa estabilizada es un proceso y desarrollo. De esta manera debemos comprenderla para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea.

El adolescente atraviesa por un sinfín de desequilibrios e inestabilidades que son absolutamente necesarios en este proceso donde va a establecer su identidad enfrentándose al mundo adulto y desprendiéndose de su mundo infantil; objetivo fundamental en este momento de la vida.

El adolescente pasará en esta etapa tres duelos fundamentales que le resultarán verdaderas pérdidas de personalidad y estarán acompañados por complejas relaciones interpersonales de su infancia que deberá abandonar, en post de conseguir aquel objetivo fundamental antes mencionado. En virtud de la crisis esencial de la adolescencia, esta edad es la más apta para sufrir los impactos de una realidad frustrante.

Esta etapa de la vida está marcada por una especial vulnerabilidad, por parte del adolescente, para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y todos aquellos que proyectan sus propias fallas en la juventud actual. La severidad y la

violencia con la que a veces se pretende reprimir a los jóvenes solo engendran un distanciamiento mayor y una agravación de los conflictos.

Así vemos al adolescente, de uno y otro sexo, en conflicto y lucha constante frente a un mundo que únicamente reprime. Este escenario lleva al adolescente a “escapar” por diferentes caminos: el de la psicopatía franca, el de la actividad delictiva, o bien a tomar esta etapa como cierto mecanismo de defensa preservando los valores esenciales de la especie humana y de este modo llegar a una adultez positiva y creadora.

Los duelos en la adolescencia son un conjunto de procesos psicológicos que se producen normalmente ante la pérdida de un objeto amado y que llevan a renunciar al mismo. Los procesos que se suceden en el duelo se han dividido en *tres etapas*, a saber:

- a- La *negación*, mecanismo por el cual el sujeto rechaza la idea de pérdida, muestra incredulidad, siente ira.
- b- La *resignación*, en la cual se admite la pérdida y sobreviene como afecto la pena.
- c- El *desapego*, en la que se renuncia al objeto y se produce la adaptación a la vida sin él. Esta última etapa permite el apego a un nuevo objeto.

El adolescente debe superar *tres duelos* para desprenderse de su vida infantil y convertirse en adulto:

- 1- El *duelo por el cuerpo infantil*: el adolescente sufre cambios rápidos e importantes en su cuerpo que a veces llega a sentir como ajenos, externos, y que lo ubican en un rol de observador más que de actor de los mismos.
- 2- El *duelo por el rol infantil y la identidad infantil*: perder su rol infantil le obliga a renunciar a la dependencia y a aceptar responsabilidades. La pérdida de la identidad infantil debe reemplazarse por una identidad adulta y en ese transcurso surgirá la angustia que supone la falta de una identidad clara.
- 3- El *duelo por los padres de la infancia*: el adolescente debe renunciar a su protección, a sus figuras idealizadas e ilusorias, aceptar sus debilidades y su envejecimiento.

Aberastury añade además, un cuarto duelo en la adolescencia: el de *la pérdida de la bisexualidad de la infancia* en la medida en que se madura y se desarrolla la propia identidad sexual. Este autor propone también que la inclusión del adolescente en el mundo adulto requiere de una ideología que le permita adaptarse o actuar para poder cambiar su mundo circundante.

El adolescente descrito por Aberastury se va adaptando a los cambios de su cuerpo a partir de la aparición de los caracteres sexuales secundarios (poluciones en los varones y menarca en las mujeres). Presenta durante este proceso un cuerpo en el cual aparecen simultáneamente aspectos de niño y de adulto. Los cambios también aparecen en la personalidad, no quiere ser como determinados adultos mientras que elige a otros como ideales. De esta manera, tendrá múltiples identificaciones contemporáneas y contradictorias ya que la desidealización de la figura de los padres lo deja desamparado. Necesita remediar ese desamparo y el descontrol de sus cambios inexorables con un aumento de la intelectualización. Buscando soluciones teóricas a sus problemas es un modo que suelen utilizar para controlar su angustia.

1.1 Beneficios para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), define el concepto salud como *“el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad”*. Sin embargo, esa definición ha sido cuestionada por diversos organismos internacionales ya que toma la concepción de salud como un *“estado”* estático y no como el proceso activo y dinámico que resulta ser. Además el concepto de *“completo bienestar”* excluye la condición humana del malestar que es inherente al ser humano y en muchas situaciones resulta un indicador de salud.

En estos términos, la práctica de ejercicio físico de forma habitual supone una serie de beneficios en todos estos aspectos. Son muchos los especialistas en diferentes ramas, que estudian estos componentes beneficiosos que, tanto sobre la salud física como mental, se obtienen de la práctica de actividad física y deporte.

Entre los aspectos positivos en la mejora de la salud física encontramos: beneficios en el sistema cardíaco, respiratorio y músculo esquelético. Los beneficios relacionados con la mejora o prevención de cardiopatías son la reducción de la hipertensión arterial o la mejora de los problemas en la columna vertebral. También existe una influencia en la recuperación tras accidentes cerebros vasculares.

En lo que a beneficios psicológicos se trata, se ponen de manifiesto los que actúan sobre el estado de ánimo, la reducción de la ansiedad, el aumento de la autoestima, el autoconcepto y una percepción más positiva de la imagen corporal. Se han encontrado beneficios sobre aspectos cognitivos como la memoria, la concentración, la percepción, así como el desarrollo de habilidades sociales (Guillen; et al, 1997). En deporte infantil, estas mejoras se verán potenciadas dado el carácter lúdico y educativo que tiene el deporte, siendo este además un vehículo para la transmisión de valores.

La práctica adecuada de actividad física o deporte, contribuye en la mejora del estado psíquico en general, debido a la sensación de autoeficacia, valía personal y satisfacción; la maduración psicológica debida a las circunstancias deportivas, como la competición o la cooperación con otros; el desarrollo psicomotor, debido a la realización de movimientos precisos para la práctica deportiva; el entretenimiento, como actividad gratificante; la identificación, sentirse perteneciente a un grupo y observar modelos relevantes para el aprendizaje y la conciencia de grupo, con la mejora de las relaciones personales y habilidades sociales. En cuanto a los efectos beneficiosos desde el punto de vista psicosocial se encuentra el contacto con otros y las relaciones interpersonales; la asunción de normas sociales; la formación en valores como la disciplina, el autocontrol, la honradez o la superación personal; ocupación saludable del tiempo de ocio y generación de hábitos de vida saludables.

1.2 Perjuicios de una práctica inadecuada.

A pesar de todos los beneficios para la salud de las personas que brinda la práctica de actividad física o deporte de forma continua y adecuada, no siempre esto ocurre así. Es sabido que una práctica deportiva inadecuada perjudica tanto a la salud física como a la mental de quienes la realizan. Alguno de estos perjuicios son: la

adicción al ejercicio físico, el exceso de competitividad, el carácter laboral del deporte, es decir, la profesionalización y los objetivos resultadistas de quienes lo practican. Además de esto, se observa como son relativamente frecuentes en deportistas, el estrés, problemas depresivos, síndrome de Burnout (“estar quemado”, agotamiento), lesiones deportivas por sobreesfuerzo o estrés y patologías relacionadas con la alimentación.

A lo largo de la historia el deporte ha tenido un importante papel en cuanto a la socialización, aunque, como veremos más adelante, en ocasiones y en algunos deportes concretos, este extraordinario papel se ha visto cuestionado. Se observa cómo la práctica deportiva de ejercicio físico continuado durante la adolescencia y la edad adulta, reduce los niveles de estrés y mejora el estado de ánimo.

En los últimos años y a consecuencia de los cambios sociales, ha ido tomando fuerza el objetivo de mantener un buen estado de forma a través de la práctica de actividad física. Este “buen estado de forma” se traduce en numerosas ocasiones en la consecución de fines estéticos, es decir, conseguir bajar de peso, mantenerse delgados o con una imagen corporal determinada. De este modo el deporte ha pasado de ser considerado como un medio para mejorar la salud o como una actividad encaminada al ocio, a convertirse en un método para lograr un ideal de belleza que puede llegar a implicar una práctica no saludable del mismo.

Como se puede apreciar, cada vez son más las personas incluidos niños y jóvenes que se encuentran preocupados por su aspecto, su peso y su imagen corporal. En ocasiones, se ha comprobado (Moriarty y Moriarty, 1993) que muchos de estos niños y jóvenes recurren a la práctica de ejercicio físico de manera regular como forma de reducir o controlar el peso, pasando esta por lo tanto a ser una obligación “saludable”, que puede llegar a desencadenar una preocupación excesiva por el aspecto físico, no directamente relacionado con la actividad deportiva, sino con la mejora de la imagen.

Los T.C.A han aumentado de manera muy significativa en los últimos años, y los psicólogos del deporte no se mantuvieron ajenos a este hecho y se han ocupado de ello en el ámbito deportivo, lo cual se traduce en un amplio desarrollo de investigaciones y avances científicos en el tema.

2. EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN DEPORTISTAS.

La Educación Alimentaria Nutricional (E.A.N) es reconocida como uno de los elementos esenciales para contribuir a la prevención y control de los problemas relacionados con la alimentación en el mundo. Tal es así, que forma parte de las estrategias empleadas por muchos países para mejorar el bienestar nutricional de las poblaciones vulnerables.

La E.A.N se entiende como la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para la adopción voluntaria de conductas nutricionales adecuadas que conduzcan a la salud y el bienestar (Navarro; et al, 2002).

Las principales características que deben tenerse en cuenta en la E.A.N son las siguientes:

- Implica un proceso de aprendizaje.
- Necesita de cierto tiempo e intensidad.
- Requiere una planificación previa.
- Está ligada a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Debe incluir el análisis de las causas de los problemas nutricionales.
- Implica la participación activa de la gente.
- Debe partir de los pre-conceptos de los educandos (sujetos que reciben E.A.N).
- Significa transformar los conocimientos en comportamientos alimentarios saludables.

En nutrición es importante considerar los factores que determinan el comportamiento alimentario de orden antropológico, biológico y cultural. Estos configuran el marco referencial de los individuos, que vienen a conformar la variabilidad de hábitos, los cuales influyen en la elección de los alimentos. Sin embargo, la elección está limitada por factores ligados a la disponibilidad del alimento, factores sociales como la incorporación de la mujer al trabajo, la industrialización, organización escolar, las modas, nuevos alimentos o abundancias de algunos de ellos, la publicidad de nuevos productos, las innovaciones de tecnología culinaria, los factores religiosos y

dentro de ellos podemos incorporar los modelos culturales, tradiciones y tabúes sobre los alimentos y el costo económico.

En nuestra población permanecen hábitos y costumbres alimentarias producto de nuestra mezcla cultural que dan una variabilidad característica a la alimentación en las regiones.

Aunque la alimentación por sí sola no puede convertir en campeón a un deportista, es cierto que lograr una buena performance es imposible con un estado nutricional inadecuado. En este sentido, dado que la dieta es uno de los pocos factores que interviene en el rendimiento y puede ser totalmente controlado por el individuo, es lógica su preocupación por conseguir un estado nutricional óptimo que, junto con el adecuado entrenamiento, les ayude a alcanzar el máximo rendimiento físico y técnico.

Como se mencionó anteriormente, los hábitos alimentarios se encuentran determinados por factores socioculturales, a lo que se une, en la actualidad cada vez más, el propio valor nutritivo del alimento. Sin embargo, no siempre se adoptan las precauciones mínimas que deberían tomarse para la consecución de dietas saludables, quedando a veces en segundo lugar frente a otros hechos, como puede ser el placer resultante de la comida y el aspecto sensorial de los alimentos, que puede llevar incluso a un rechazo de los mismos.

Por otro lado, existen modos de actuación estandarizados correspondientes a determinados grupos de población; por ejemplo, en la población deportista se comparten costumbres generales a todas las disciplinas como es el caso de los horarios de entrenamientos, viajes y partidos, la posible falta de conocimientos en alimentación, la obsesión por el peso, los alimentos y el éxito deportivo, que por aislados o en conjunto son las causas que pueden llevarles a adoptar dietas incorrectas.

Los hábitos alimentarios de los deportistas adolescentes pueden verse afectados por el hecho de que pasan gran parte de su tiempo en el club y/o centros de entrenamiento. Esto los obliga a comer fuera de su casa, siendo muchas veces responsables de elegir los alimentos que van a consumir, lo que dificulta alimentarse de una forma sana y equilibrada, que compense el gasto energético que genera su práctica deportiva. Con el fin de alcanzar el máximo rendimiento deportivo, la dieta entre

la población deportista ha sido tradicionalmente manipulada y experimentada, motivo por el cual en esta área de la nutrición son más evidentes los mitos y la ignorancia.

Actualmente el deporte se está profesionalizando cada vez más y la finalidad de su práctica prioriza, en muchos casos, la obtención de dinero, fama y posicionamiento social. El deportista se ve sometido a fuertes presiones externas que, junto con la ignorancia, lo pueden conducir al desarrollo de mitos así como al uso frecuente de alimentos atípicos y patrones de alimentación extraños.

Resultan evidentes en esta población los errores notables sobre nutrición, quizás debido a información errónea que se difunde o a una mala interpretación de la información científica disponible; en este sentido los más jóvenes, fácilmente influenciados y con hábitos alimentarios frecuentemente incorrectos, son especialmente vulnerables.

Se hace necesario mayor esfuerzo en la formación de los atletas, incluso los de elite, en estos temas para desterrar así ideas erróneas preestablecidas. Sin embargo, la relación entre un mejor conocimiento en nutrición y prácticas alimentarias adecuadas no siempre está clara ya que dicho conocimiento solamente es útil cuando el individuo está dispuesto a introducir cambios en sus costumbres.

Se ha demostrado (Gomes y Silva; et al, 2010) que existe correlación entre el tiempo que el individuo lleva practicando deporte y el grado de implicación en el mismo, y los conocimientos que posee de nutrición, lo cual demuestra la preocupación que este grupo de población siente por conseguir un estado nutricional óptimo y por aprender cuáles son los medios para conseguirlo. La mujer en general, tiene mayores conocimientos del tema que el hombre y, sin embargo, en los varones son mucho menos frecuentes los déficits nutricionales ya que al realizar un mayor consumo energético es más fácil que hagan frente a todas sus necesidades.

Los entrenadores juegan un papel fundamental en las prácticas alimentarias de los deportistas adolescentes, asumiendo responsabilidades tales como prescribir dietas, necesidades de líquidos y suplementos, aconsejar sobre el peso ideal para competir, etc.

Dada la innegable influencia que ejerce el entorno social y psicológico sobre el deportista, este tesista abordará en capítulos siguientes cada uno de los factores que influyen en el comportamiento alimentario de la población deportista adolescente.

3. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Resulta fundamental delimitar en la investigación la definición de Salud Mental, ya que la temática elegida la implica de forma directa. De acuerdo a la Ley N° 26657, sancionada y promulgada en el año 2010 en la República Argentina, define en su artículo tercero a la Salud Mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*.

Según el manual de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A), para los trastornos mentales en su versión revisada del año 2002 (A.P.A, 2002), se incluyen los T.C.A como alteraciones graves en la alimentación. Entre estos, los más frecuentes son: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). La principal característica de la anorexia nerviosa es el absoluto rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales aceptables para el mantenimiento de la salud. Por otra parte, la bulimia nerviosa además de compartir la preocupación por el peso y el aspecto físico de la AN, se caracteriza porque la persona que la padece presenta episodios recurrentes de voracidad, atracones de comida, seguido por conductas compensatorias inapropiadas como pueden ser el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica compartida por ambos trastornos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Además de estos dos trastornos, se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (T.C.A.N.E) para referirse a aquellos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaría específico; entre ellos el que toma mayor relevancia en la población deportista es la vigorexia.

3.1 Anorexia Nerviosa: características diagnósticas.

Los criterios para el diagnóstico que se incluyen en el DSM IV-TR (2002), indican que la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno sufren amenorrea.

La persona afectada de AN mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa si inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla, de acuerdo con las tablas de crecimiento usadas en pediatría). En la clasificación diagnóstica se apunta que la persona con AN debe presentar un Índice de Masa Corporal (IMC) inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura elevada al cuadrado). Por lo general, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, es decir, realizando una estricta dieta que puede llegar a ser muy restringida tanto en cantidad como en variedad de alimentos.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque se pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo, debido a la presencia de una alteración de la imagen corporal caracterizada porque la persona no percibe su cuerpo tal y como es, sino que se advierte como obesa a pesar del bajo peso. Aparece una amplia variedad de técnicas de medida del peso desde pesarse varias veces al día, medirse distintas partes del cuerpo, mirarse obsesivamente en el espejo, etc. La autoestima de estas personas suele ser muy baja y estar condicionada por la imagen que observan de sí mismas. La autodisciplina y la tendencia al perfeccionismo es una de las características principales de las personas que sufren este trastorno.

Existen dos subtipos dentro de la AN que tienen que ver con la presencia o ausencia de conductas purgativas o incluso con la presencia de períodos de descontrol alimentario donde aparecen atracones de comida, por lo tanto puede darse una anorexia de tipo restrictivo, en ésta la pérdida de peso se consigue haciendo una

estricta dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, por lo tanto no aparecen atracones ni purgas. Y por otro lado se puede dar el tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

3.2 Bulimia Nerviosa: características diagnósticas.

Las características principales que, según recoge el DSM-IV-TR (2002), describen la bulimia nerviosa consisten en atracones de comida y la utilización de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Como ocurría en la AN, la autoevaluación que estas personas realizan de sí mismas se encuentra absolutamente condicionada por la imagen corporal, la silueta y el peso. Para poder realizar el diagnóstico de BN, los atracones y las conductas compensatorias deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo (normalmente inferior a dos horas) de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de las personas sanas comerían. Generalmente durante un atracón se consumen alimentos con un alto contenido calórico, pero lo más característico es la sensación que la persona tiene de falta de control sobre su comportamiento y una elevada ansiedad, que desaparece tras la conducta purgativa posterior al atracón.

Las personas con BN, por lo general se sienten muy avergonzadas de su comportamiento y ocultan los síntomas. Presentan, en la mayoría de los casos, un estado de ánimo depresivo, baja autoestima y poco control de impulsos sobre su comportamiento tanto con la alimentación como en otros ámbitos de su vida.

La otra gran característica para realizar un diagnóstico de BN es la presencia de conductas compensatorias. Entre estas, la más frecuente es recurrir al vómito autoinducido tras el atracón, no obstante también se encuentra entre estas el uso de laxantes y diuréticos o la práctica compulsiva de ejercicio físico. Estos métodos son utilizados para reducir el nivel de ansiedad por el malestar que produce el miedo a ganar peso tras el atracón. La práctica de ejercicio físico intenso como método compensador de la ingesta, puede llegar a interferir en la vida cotidiana de estas personas ya que puede realizarse a horas y lugares poco apropiados, o se continúa realizando a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Existen dos subtipos de BN: aquel de tipo purgativo, que es en el que la persona que padece este trastorno se provoca el vómito o utiliza métodos inadecuados para compensar la ingesta alimentaria, tras un atracón; y el subtipo no purgativo, en el cual no se recurre al vómito o a otro tipo de métodos para compensar la ingesta del atracón.

Una vez analizadas las características generales de los T.C.A, podemos observar que no se encuentran diferencias significativas entre el seguimiento de dietas y el miedo a engordar entre deportistas con T.C.A y pacientes diagnosticados, es decir, que las características psicopatológicas son comunes entre los deportistas y los pacientes, pero además los primeros con la peculiaridad añadida de realizar una práctica deportiva que puede condicionar tanto el inicio como la evolución de la enfermedad.

3.3 Trastornos subclínicos.

Una vez descritas las características generales de los T.C.A, no se debe pasar por alto el término “Trastornos subclínicos” que denomina a aquellos T.C.A que aparecen dentro del ámbito deportivo. A continuación se destacarán los que, a criterio de este tesista, toman mayor relevancia:

3.3.1 Anorexia por actividad.

La actividad física hace por sí misma que aparezca una disminución de la ingesta alimentaria y por lo tanto se den características comunes con los trastornos de la alimentación. Se ha comprobado que se reduce la ingestión de alimentos a medida que aumenta de forma excesiva la actividad física. Muchas de las anorexias humanas están inducidas por una práctica de ejercicio extrema, por lo que se puede concluir que el ejercicio físico puede ser, en sí mismo, un factor de alto riesgo para desarrollar una patología alimentaria.

3.3.2 Corredor obligatorio.

Es un término que se refiere al que sufren los deportistas para los que el ejercicio físico es su forma de vida. Se plantean el ejercicio como una adicción, ya que aparece sintomatología similar al síndrome de abstinencia cuando se abandona la actividad física. Algunas de las características de estos practicantes son su gran afán de superación y autoexigencia, así como una manifiesta restricción alimentaria,

todo ello basado en la idea irracional de la mejora del rendimiento. De este modo, se pueden aunar las características de la Anorexia con las de los Corredores Obligatorios bajo el término “Trastornos por actividad”, los cuales se caracterizan por:

- La práctica de la actividad física se diferencia cuantitativa y cualitativamente del uso habitual de la misma.
- Existe un alto nivel de actividad constante, siendo lo más significativo el intenso malestar que sufre el deportista al intentar relajarse o ante un abandono de la práctica deportiva.
- Esta actividad parece ser que estabiliza el estado emocional y afectivo de quien la practica.
- Es de difícil detección y se hace muy resistente al cambio una vez diagnosticado. Los deportistas que sufren este problema no son capaces de detener la actividad de forma consciente y activa.
- Muchos de estos deportistas justifican su alto nivel de actividad mediante mecanismos de defensa (justificación por cuestiones de salud, de mejora de rendimiento, de bienestar, etc.).
- Este tipo de deportistas carecen de un perfil específico de personalidad y presentan una alta orientación a la consecución de logros personales, perfeccionismo, persistencia, etc. lo que hace que pueda conseguir éxitos en otras áreas de su vida.

3.3.3 Vigorexia.

En este término se describe a los sujetos afectados como varones asiduos a la práctica de musculación en gimnasios, que muestran una preocupación casi obsesiva por el desarrollo de su musculatura. Son personas que a pesar de su desarrollo muscular se ven excesivamente delgados, además de mantenerse constantemente preocupados por su cuerpo, lo que les lleva a dedicarle varias horas diarias tanto a nivel cognitivo, en lo referente a los pensamientos sobre el aspecto físico, la dieta y la apariencia; como en el tiempo real dedicado a la práctica del ejercicio de alta intensidad en gimnasios, lo que trae como consecuencia directa el abandono de otras actividades recreativas, de ocio, familiares, etc. Se completan

estas características de comportamiento y cognitivas con la realización de dietas y el uso de sustancias para el aumento de la masa muscular, así como una repetición de conductas obsesivas como mirarse al espejo o pesarse varias veces al día.

Estas personas suelen presentar una baja autoestima y sensación de fracaso personal, por lo que aparecen conductas evitativas en las relaciones sociales a la hora de mostrar su cuerpo. Parece ser que los deportistas que sufren este trastorno muestran además gran cantidad de patologías asociadas, citando entre las más comunes los trastornos de la alimentación, el uso de anabolizantes, los trastornos obsesivos compulsivos, las dismorfias corporales y las alteraciones del estado de ánimo.

4. FACTORES IMPLICADOS EN LA PREDISPOSICIÓN, ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN DEPORTISTAS.

4.1 Factores que predisponen T.C.A en el deporte.

Una vez llegados a este punto, se hace fundamental analizar las razones por las cuales un deportista desarrolla cualquier patología alimentaria. Conocer estas será importante tanto al iniciar un tratamiento como a la hora de poner en marcha actividades orientadas a la prevención de la aparición de dicha patología en las poblaciones de mayor riesgo. Además, es importante observar cuáles son los factores que están siendo los mantenedores del trastorno para llevar a cabo el proceso de recuperación.

Para ello, Calvo (2002) realiza una profunda revisión de los agentes que determinan la aparición de los T.C.A en la población general, destacando que no existe una única causa para los mismos, sino que existen múltiples aspectos que determinan que una persona pueda desarrollar esta patología. Según esta autora, es la conjunción de factores socioculturales, familiares, biológicos y psicológicos los que hacen que una persona comience una dieta o con la práctica de ejercicio físico y termine en el

desarrollo de una enfermedad. Lo que sí es un aspecto relevante es que el inicio de una dieta está siempre en el origen del trastorno.

Como ya se ha resaltado, la población deportista adolescente es una de las que presenta mayor riesgo para el desarrollo de un T.C.A. Son muchas las investigaciones que se han realizado y que ponen de manifiesto el mismo, sobre todo en determinados deportes o con determinados deportistas.

Algunos autores han propuesto varios factores que afectan al desarrollo de los T.C.A en el ámbito deportivo, todos ellos estrechamente relacionados con los que aparecen para la población general. Los trabajos de Hausenblas y Carron (1999), así como los de Swoap y Murphy (1995) nos presentan algunos de estos desencadenantes en el deporte y los deportistas como pueden ser la presión social por poseer un físico delgado y conseguir un cuerpo “ideal”, las propias presiones del deportista por conseguir un determinado peso para rendir, la práctica del deporte en sí misma y por último factores en los que se advierten características personales y psicológicas del propio deportista. Gomes y Silva (2010), encuentran en un grupo de 299 deportistas adolescentes que aquellos que presentan mayores preocupaciones por cometer errores en su práctica deportiva y poseen una alta tendencia al perfeccionismo, desarrollaban más síntomas de T.C.A.

4.1.1 Factores sociales.

A nivel general, dentro de los factores de predisposición relacionados con aspectos sociales, encontramos que el contexto sociocultural puede servir de “caldo de cultivo” para desarrollar una elevada preocupación por el peso y la figura. Hasta hace no mucho, ser mujer y adolescente en un contexto occidental parecían requisitos imprescindibles para padecer un T.C.A. Actualmente, la “occidentalización de oriente” hace que exista vulnerabilidad en todo el planeta, la globalización hace que el culto al cuerpo, a la delgadez y al aspecto físico, bajo la creencia de que favorecen el éxito personal, aparezca en la mayoría de las culturas. Las adolescentes mujeres siguen siendo la población de mayor vulnerabilidad, no obstante, entre la población adolescente masculina ha aumentado el riesgo y, por lo tanto el desarrollo de los T.C.A (Calvo, 2002).

Los cánones de belleza actuales son “impuestos” por las revistas de moda o a través de la publicidad y los medios de comunicación, y la juventud, que se encuentra expuesta constantemente sin, en muchas ocasiones, poseer un criterio para la racionalización o la crítica, asumiendo como válidos y adecuados los mensajes que se envían a través de la publicidad.

En la actualidad, los deportistas han pasado a ser un reclamo publicitario, siendo cada vez más frecuente observar cómo se valora el aspecto físico de los mismos, por encima de sus logros deportivos. Estos deportistas pasan a ser un modelo de referencia para los jóvenes, pero especialmente para los jóvenes que practican deporte, ya que son sus modelos más próximos. La comparación de su propio cuerpo con el de otros semejantes y con el de los modelos publicitarios, hace que realicen una valoración de su imagen a través de dicha comparación. En muchas ocasiones, son adolescentes con baja autoestima y una alta exigencia y autocrítica, que concluyen que el éxito personal pasa por un cuerpo, según ellos, delgado y agraciado. Calvo (2002) destaca también la competitividad que aparece por poseer el cuerpo más delgado o ser la más linda y en los hombres, por ser los más atractivos y musculosos y, por lo tanto, por ser los más valorados.

Moriarty y Moriarty (1993) dentro de las investigaciones realizadas sobre el origen de los T.C.A en el ámbito deportivo, analizan también aspectos socioculturales y su influencia sobre las creencias de los adolescentes deportistas sobre el peso y la figura y su cuidado para el deporte. En esta revisión recogen entre los factores de riesgo que se encuentran en el origen de un posible T.C.A: la presión social por estar delgado, la glorificación de la juventud en la sociedad actual, el cambio de roles de la mujer, la influencia de los medios de comunicación y la práctica de deporte, así como la “estética fitness” valorada muy positivamente en la sociedad actual. Es inevitable hablar de la competitividad que se da en el contexto deportivo, los deportistas, a priori, son competitivos e intentan mejorar constantemente y vencer en su ámbito deportivo. Esta competitividad podría verse acentuada en el aspecto físico, la comparación con otros deportistas y el desear “ser el más delgado”.

4.1.1.1 El entrenador.

La presión que puede ejercer el entrenador en el mundo del deporte puede ser uno de los factores desencadenantes más importantes para el deportista. Los entrenadores o monitores deportivos, en muchas ocasiones, tienden a utilizar la báscula para observar los progresos deportivos de sus atletas (normalmente para la consecución de sus objetivos deportivos). Calvo (2002) observó como los entrenadores presionaban a las gimnastas pesándolas 6 veces al día para comprobar, de manera “objetiva”, si estaban realizando un buen trabajo en los entrenamientos, por lo que el acto de pesar a las gimnastas pasa a formar parte de las rutinas de los entrenamientos con el objetivo de observar progresos. Esta preocupación es transmitida a sus deportistas y puede aumentar en ellos la preocupación por el peso.

La presión ejercida por los entrenadores se observa como un factor de riesgo (cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir alguna enfermedad) relacionado fundamentalmente con el desarrollo, en la mayoría de los casos de deportistas femeninas, de sintomatología del tipo bulímico. Los entrenadores tienen mucha influencia sobre sus deportistas, ya que son las personas con las que muchos de ellos pasan la mayor parte de su tiempo, especialmente los deportistas de élite. Esta influencia puede ser tanto positiva como negativa cuando hablamos de desarrollar un T.C.A. Por un lado los entrenadores pueden insistir en el control de peso o en la imagen “ideal” para la práctica deportiva mediante un estilo autoritario. Los deportistas que se relacionan con un entrenador autoritario se sienten incapaces de comentar sus preocupaciones por el peso o realizar consultas a su entrenador, siendo su relación unidireccional (entrenador-deportista), por lo que se convierte en una situación de riesgo ante algún posible problema alimentario. Por el contrario, el entrenador puede mantener un estilo más democrático de comunicación, en el que no se haga énfasis en el peso o en la figura, más allá de lo saludable para la práctica de deporte. De esta manera, el entrenador será capaz de compartir, escuchar y aconsejar de forma saludable a sus deportistas.

En definitiva, los entrenadores pueden funcionar, bien como un factor desencadenante y que aumente el riesgo de desarrollar un T.C.A, o bien como un factor protector y de prevención.

4.1.1.2 Los compañeros.

También dentro de las presiones del entorno social, en el ámbito deportivo aparecen las presiones de los compañeros del equipo. La opinión de los amigos y compañeros, sobre todo a determinadas edades como la adolescencia y primera juventud, adquiere una gran importancia a la hora de establecer el concepto que crean los jóvenes sobre sí mismos.

En la población general (y especialmente en la educación secundaria), es muy común observar comentarios y discusiones sobre el peso y la alimentación entre el grupo de pares, lo cual se correlaciona con el aumento de la insatisfacción con la imagen y, por lo tanto, con el aumento de las alteraciones en la alimentación ya que se da el efecto del modelado entre iguales. Determinados comentarios acerca del peso y la imagen dentro del grupo deportivo pueden dar lugar a que alguno de sus miembros se sienta presionado por intentar reducirlo, en ocasiones de forma no saludable y orientado por un especialista. Los deportes en los que se destaca de forma más acusada esta presión son el fútbol, el judo, la lucha, el atletismo, el básquet, la gimnasia deportiva y el remo. Llama la atención que muchos de estos deportes no son considerados, a priori, como de riesgo o en los que exista especial preocupación por la estética o el cuidado del peso, como en el fútbol o el básquet.

No es extraño escuchar en el ámbito deportivo hablar de “gordo” del equipo o que existan motes dentro del deporte aludiendo a características físicas de sus practicantes. Es importante destacar el papel que poseen los líderes en estos casos, la figura de referencia dentro de los equipos o grupos deportivos. Se debe prestar especial atención al inicio de una dieta, a la puesta en práctica de métodos de pérdida de peso en esta figura, no tanto por el líder en sí mismo, ya que probablemente este posea características personales que le “protejan” del desarrollo de T.C.A como pueden ser el carisma, un físico determinado, habilidades sociales adecuadas con capacidad para imponer su criterio personal, alta autoestima y seguridad en sí mismo, asunción de la crítica en forma adecuada, expectativas ajustadas, buen rendimiento y éxito deportivo, características precisamente, que pueden proteger a una persona del desarrollo de una patología. Estas características no las poseen todos los integrantes de los grupos

deportivos y por lo tanto, existirán compañeros más vulnerables a los que un líder “protegido” puede servir de modelo para estas conductas patológicas.

Evitar los comentarios o la excesiva importancia que se le da al peso será importante a la hora de prevenir problemas de tipo alimentario en los deportistas jóvenes.

4.1.1.3 La familia.

Otro de los factores de riesgo relacionados con el entorno social, es la familia. Se puede observar cómo los mensajes sociales de los que hablábamos son interpretados y transmitidos en este entorno. Si dentro del contexto familiar se da un alto valor a la estética y a la delgadez y esto es lo que se transmite, la vulnerabilidad de los hijos ante la enfermedad aumenta.

A pesar de lo que a priori pueda parecer, la sobreprotección en la familia es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de un T.C.A. Los niños y niñas a los que no se les permite tomar decisiones, cometer errores, sufrir (en el sentido de facilitarles todo de inmediato) proporcionándoles un “mundo perfecto”, no son capaces en el futuro de hacerlo por sí mismos y mucho menos de poseer un criterio y un pensamiento crítico propio, además de tener dificultades en el reconocimiento emocional y de sus sensaciones. En el otro polo, encontramos a las familias excesivamente críticas o tolerantes en las que los hijos deben aprender a “valerse por sí mismos” y a atender a sus propias necesidades. La sensación de no ser queridos en ocasiones facilita “la utilización” por su parte de la alimentación bien para llamar la atención, o bien para tener la sensación de control sobre algún aspecto de su vida. Toro (1996) hace referencia a las actitudes de los padres en cuanto al “porvenir prometedor” de su hijo insistiendo en la posibilidad de que la consecución de metas de su hijo puedan convertirse en sus propias metas, por lo que la permisividad en cuanto a los hábitos de alimentación y de cuidado sean toleradas sin problema.

Una inadecuada actitud hacia la comida y la realización de dietas por parte de los miembros de la familia pueden influir en la relación que los hijos tengan con la misma. Desde el acto de comer como algo social hasta el concepto de alimentación como nutrición deben ser transmitidos desde el entorno familiar.

Los conflictos familiares son otro de los factores que afectan especialmente a la vulnerabilidad y a la precipitación de los T.C.A. Resulta de suma importancia el conocimiento, por parte de los padres de jóvenes deportistas, de los signos y síntomas de un T.C.A para su detección precoz y la importancia de una alimentación saludable en los deportistas.

4.1.2 Factores personales.

Anteriormente se hacía referencia al hecho de por qué una persona y otra en una situación similar desarrolla o no un T.C.A. Parece ser que se debe, fundamentalmente, a una serie de factores personales entre los que se encuentra el estilo cognitivo, es decir, cómo piensan e interpretan las personas su realidad, y por tanto, los mensajes recibidos acerca del peso y la figura. Calvo (2002) recoge el perfeccionismo como estilo cognitivo característico de las personas que desarrollan un T.C.A. Las personas con este estilo cognitivo analizan las situaciones de la vida cotidiana en términos absolutos, reduciendo todo aquello que tenga que ver con el cuerpo, la alimentación y el ejercicio a términos todo/nada, poco/mucho, bueno/malo, gorda/delgada, etc.

Se ha observado que una de las características que tienen en común los deportistas con los pacientes con T.C.A es su tendencia al perfeccionismo y a mostrar tanto pensamientos como comportamientos obsesivos relacionados tanto con la práctica deportiva y rutinas o actividades, como con la alimentación y el cuerpo. En ocasiones esta tendencia a la perfección y las altas expectativas sobre sí mismos, hace que aparezca una sensación de fracaso o de frustración al no conseguirlos. Este hecho puede llegar a desencadenar una búsqueda de soluciones que, como ya se ha comentado, pueden pasar en ocasiones por la reducción del peso, con la creencia de que estar más delgado mejorará su rendimiento. Parece ser que las personas que desarrollan un T.C.A presentan dificultades para reconocer e interpretar sus propias emociones y sensaciones, por lo que realizan un razonamiento emocional, es decir, “piensan cómo se sienten”, (la percepción corporal es de gordura, por lo tanto, “están gordas”).

La “forma de afrontar la vida” es, según Calvo (2002), otra de las características personales que influyen en el desarrollo de un T.C.A. La inflexibilidad en el

afrontamiento, la rigidez en el caso de la Anorexia o la impulsividad en el caso de la Bulimia, unido todo esto a una baja autoestima, son determinantes en el desarrollo del trastorno. La seguridad en sí mismos es adquirida por la importancia que se le dé a la consecución de logros y por lo que los demás dicen sobre ellos, por lo que la estima se encuentra condicionada por aspectos externos, la valoración de los demás y no la propia, así cualquier crítica, es vivida de una forma magnificada. Calvo (2002) detecta además como un factor de riesgo el afán de autosuperación en el deporte y las críticas sobre el desempeño deportivo por parte de los otros significativos. El no ser reconocidos por los éxitos o el esfuerzo realizado, solo por el resultado, pueden dar pie a que aparezcan sensación de fracaso y, en consecuencia, toda una serie de creencias que puedan llevar al desarrollo y mantenimiento de un T.C.A.

En relación al género, son muchos los trabajos que afirman, tanto en población general como en población deportista, que las mujeres son más vulnerables al desarrollo de patología alimentaria. La mayoría de estudios sobre T.C.A en el deporte son realizados con mujeres deportistas, excluyendo a los hombres de la muestra, especialmente en deportes de estética. No obstante, son cada vez más los estudios que aportan información sobre cómo la población masculina también es vulnerable de desarrollar un T.C.A en el ámbito deportivo, especialmente en deportes de categorías de peso.

4.2 Factores que desencadenan un T.C.A en los deportistas.

Tras observar los factores que, a priori, son los que hacen vulnerables a un deportista a desarrollar un T.C.A, se debe tener en cuenta qué es lo que hace que finalmente se desencadenen los síntomas, es decir, qué factores están presentes en el origen del trastorno.

La bibliografía específica sobre el origen de los T.C.A apunta como el momento de un cambio o una crisis el principal factor que favorece al origen de los trastornos. Parece ser que el comienzo de los cambios físicos que aparecen en la pubertad es una circunstancia clave. Esos cambios corporales suelen ir unidos a una carencia de autoestima, la ausencia de identidad y las dificultades en el afrontamiento de dichos cambios, que aparecen durante la adolescencia. Junto a esto, comienzan en muchas

ocasiones los comentarios sobre el peso y la figura por parte de las personas más significativas para los adolescentes o la persona que experimente el cambio corporal (por ejemplo una mujer que entra en la menopausia y gana peso, o una embarazada al poco tiempo de dar a luz). Estas personas significativas pueden ser sus amigos, familiares, compañeros, entrenadores, etc. Aparecen no tanto las presiones extremas por adelgazar, sino las autoimposiciones por poseer un cuerpo determinado o una figura deseada. En estos momentos es cuando en muchas ocasiones se inicia una dieta de adelgazamiento o se ponen en marcha estrategias para reducir peso, siendo este, como ya se ha comentado, el principal factor desencadenante de un T.C.A.

En el ámbito deportivo, estas presiones por bajar de peso pueden provenir tanto del propio deportista como de su entorno: entrenador, compañeros, familia, etc. Períodos de vacaciones o épocas de competición mayor, pueden ser momentos de mayor riesgo ya que en ocasiones, el deportista gana peso durante los períodos de descanso, siendo de nuevo la pretemporada un momento decisivo y en el que aparece la preocupación y la necesidad de reducir peso. Otro momento puede ser tras reaparecer de una lesión, período en el que el deportista ha dejado en su totalidad la práctica deportiva y posiblemente aumente de peso.

4.3 Factores que mantienen un trastorno de alimentación en el deporte.

La literatura científica acerca de los T.C.A en el ámbito deportivo presenta una serie de carencias en cuanto a la intervención y la prevención de estos. Entre las primeras carencias se observa cómo los investigadores se han centrado especialmente en detectar las razones por las cuales los deportistas se encuentran entre la población más vulnerable al desarrollo de patología alimentaria. No existen datos sobre qué ocurre con estos deportistas que desarrollan un T.C.A y qué factores son los que mantienen el trastorno una vez que se instaura.

Basándose en investigaciones sobre población general y siguiendo a Calvo (2002), se analizarán los factores que se pueden considerar en el mantenimiento de la sintomatología de un T.C.A en un deportista. Esta autora engloba los factores mantenedores del trastorno en tres grandes ámbitos: el mantenimiento de la dieta, el proceso de refuerzo y la familia.

4.3.1 El seguimiento de una dieta.

El seguimiento de una dieta durante un largo período de tiempo, desencadena una serie de problemas tanto de tipo físico como psicológico. En personas que presentan un T.C.A se da, además, un proceso de negación, es decir, se niega el riesgo para la salud que supone tener un bajo peso.

En el caso de los deportistas esta negación además se ve justificada mediante el beneficio que supone este bajo peso y este “cuidado” sobre la alimentación en su mejora del rendimiento deportivo. Unido a esto, la alta obsesión por la comida y el peso, y la pérdida de capacidad de abstracción, hacen que una persona que haya desarrollado el trastorno presente mucha dificultad para reconocerlo y por lo tanto para iniciar un proceso de cambio terapéutico. En el caso de los deportistas, con una alta probabilidad, este cambio pasará por una pauta de abandono temporal de la práctica deportiva, lo que supone una dificultad añadida al manejo terapéutico de los síntomas, ya que el exceso de actividad forma parte del cuadro patológico.

4.3.2 El proceso de refuerzo.

Entre los factores de refuerzo aparece la idea de que el hecho de adelgazar supone un éxito en sí mismo y por lo tanto es una consecuencia muy gratificante para alguien que su deseo era precisamente este. No cabe duda de que para realizar una práctica deportiva existe un peso adecuado para su desempeño. Este peso, en ocasiones, es subjetivo, es decir, aquel con el que el deportista observa que su rendimiento mejora es su peso “ideal”. Al lograr el objetivo de bajar de peso se encuentra con la idea de que mejora el rendimiento y, por lo tanto, los resultados.

A corto plazo estas expectativas pueden verse cumplidas y con ello, el aumento de la autoestima y confianza del deportista. No obstante, será una falsa confianza ya que, a largo plazo, las consecuencias para la salud y por lo tanto para el rendimiento se tornarán contrarias. La sensación de ligereza obtenida a corto plazo al inicio de una dieta es un factor muy reforzante para los deportistas. Poseer la sensación de mejora en la agilidad, la potencia de salto, la flexibilidad o la resistencia que da un peso bajo, supone un aumento de la necesidad de mantenerse en ese peso para, de este modo, mantener estas sensaciones y este éxito personal.

El refuerzo social, normalmente prestado por la familia, compañeros, entrenador o personas del contexto deportivo, es otro de los factores que más importancia cobra a la hora de mantener los comportamientos inadecuados. No resulta extraño comprobar cómo las personas son felicitadas por su bajo peso o por su delgadez. En el caso de un deportista que haya sido de algún modo presionado por parte de su entorno para que bajase de peso o se mantuviera en uno adecuado a su deporte, será reforzado por esos mismos agentes que le animaron a iniciar una dieta o un programa de adelgazamiento.

Otro de los refuerzos más poderosos será la sensación de control que la persona que inicia un T.C.A posee. Especialmente se detecta una creencia de control sobre su cuerpo y su alimentación. Como ya hemos visto, los deportistas en general, tienden a ser controladores y obsesivos, por lo que esta sensación de control es un reforzador muy potente para ellos. Se aumenta de este modo la sensación de “triumfo”. En el ámbito deportivo el ganar, el triunfo y la competición son factores fundamentales. Convivir con la competición hace que este deseo de ganar se extrapole a otros contextos, en este caso, un triunfo sobre sí mismos y su capacidad de autocontrol.

Calvo (2002) apunta como un factor el hecho de poseer un cuerpo infantil. Esto será especialmente reforzante en deportista de modalidades como la Gimnasia o el Ballet, donde se “necesitan” esos cuerpos con aspecto prepuberal e infantil. Conseguir este tipo de cuerpo será un gran éxito para estas deportistas (mayoritariamente femeninas).

Uno de los factores que más llama la atención será aquel por el cual la persona que desarrolla un T.C.A, intenta “parar su ritmo vital”. Parece ser que la enfermedad en este caso sirve de excusa para obtener un tiempo de calma. Por todos es sabido que en el ámbito deportivo, especialmente a nivel profesional, las exigencias son máximas. Muchos deportistas se quejan de un estilo de vida estresante, con muchas demandas tanto personales como sociales. Aunque no suele ser habitual, el desarrollo de un T.C.A puede resultar útil a la hora de frenar esa alta exigencia deportiva. La utilización que en este caso se hace de la enfermedad es eludir responsabilidades y reducir las exigencias que el deporte supone.

En los casos de Bulimia, los atracones y los vómitos funcionan como una forma de buscar la calma y aliviar la ansiedad que supone el estilo de vida. Muchos

deportistas viven sometidos a una dieta constante, por lo que aumenta su necesidad de comer y aparecen atracones. Los vómitos posteriores alivian el sentimiento de culpa que supone el atracón y reducen el miedo a engordar, por lo que se entra en círculos viciosos. Durante la temporada deportiva existirá en algunos deportes, especialmente los de categorías de peso, mayor riesgo de que se produzcan este tipo de comportamientos: proximidad de competiciones mayores, torneos, etc. en los que la exigencia sobre el peso aumenta.

4.3.3 La familia.

En cuanto a los factores familiares que están implicados en el mantenimiento de los trastornos debemos hacer un análisis de las peculiaridades que presentan las familias de jóvenes deportistas.

En el ámbito deportivo son muchos los padres y madres que presentan unas altas expectativas sobre los éxitos de sus hijos (Toro, 1996). Estas expectativas pasan muchas veces porque estos consigan los triunfos deportivos que ellos no fueron capaces de conseguir y vuelcan sus propios deseos y frustraciones en sus hijos. También, a día de hoy, son muchas las creencias que, fundamentalmente transmitidas desde los medios de comunicación, se tienen en torno a que, gracias al éxito de un deportista su familia puede vivir, dado el beneficio económico que supone. Estos hechos y creencias, condicionarán en gran medida la actitud que presentarán las familias en el abordaje de un posible problema con la alimentación de sus hijos deportistas. La falta de consenso entre los padres sobre la gravedad o importancia del problema o sobre las pautas a seguir; la negación familiar de la enfermedad mediante afirmaciones o creencias donde se disculpe o nieguen los síntomas, como: “sólo se está cuidando, su entrenador se lo recomendó”, “son unos kilos, que realmente le sobran”, en el club le han dado una dieta...”. Este tipo de ideas y creencias condicionan la evolución y perpetuación del problema.

Al igual que en la población general, dentro de las familias de jóvenes deportistas se encontrarán estilos familiares tendentes a la sobreprotección una vez se han detectado los síntomas. El aumento del control y la vigilancia continua hace que aumenten las conductas patológicas y además no les dejen llevar a cabo un desarrollo adecuado, perpetuando además así el infantilismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A sabiendas que un trastorno alimentario se debe a la conjunción de múltiples factores, resulta interesante dilucidar si la ciencia de la Nutrición desde su enfoque educativo puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de hábitos y conductas no saludables. De esta manera, este tesista se pregunta:

¿Existe relación entre la calidad de hábitos y conductas alimentarias con el aporte de educación alimentaria nutricional en la población basquetbolista adolescente de 12 a 21 años del club Presbítero Andrés Zaninetti?

HIPÓTESIS

Este tesista partió de la hipótesis que aquellos basquetbolistas adolescentes que no recibieron educación alimentaria nutricional mantienen hábitos y conductas alimentarias no saludables.

PROPÓSITO

- ❖ Sensibilizar a dirigentes y entrenadores de la Institución sobre la importancia que adquiere la Educación Alimentaria Nutricional en los hábitos y las conductas alimentarias de los basquetbolistas adolescentes para el desarrollo y mantenimiento de una buena calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Determinar si existe relación entre la calidad de hábitos y conductas alimentarias con el aporte de educación alimentaria nutricional en basquetbolistas adolescentes de 12 a 21 años del club Presbítero Andrés Zaninetti.

ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar la calidad de hábitos alimentarios de los basquetbolistas adolescentes de la Institución.
- ❖ Caracterizar la calidad de conductas alimentarias de los basquetbolistas adolescentes de la Institución.
- ❖ Reconocer el aporte de educación alimentaria nutricional en los basquetbolistas adolescentes de la Institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un *estudio cuantitativo de corte transversal*, que como *diseño descriptivo y correlacional*, trata de medir características sobre hábitos alimentarios, conductas alimentarias y aporte de Educación Alimentaria Nutricional de la muestra bajo estudio realizando una única medición de las características de interés en el tiempo.

Considero este diseño como el más adecuado, ya que lo pretendido fue medir y describir variables relacionadas entre sí.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Para el abordaje de esta investigación, se tomó como unidad de análisis al Club Presbítero Andrés Zaninetti perteneciente a la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

CARACTERIZACIÓN DEL CLUB PRESBITERO ANDRÉS ZANINETTI

El club Presbítero Andrés Zaninetti pertenece al Área Deportiva del Círculo Católico de Obreros y se encuentra ubicado en calle Belgrano al 813, en la ciudad de Concepción del Uruguay provincia de Entre Ríos.

Fue fundado el 28 de Enero del año 1952 por un grupo de socios del Círculo Católico de Obreros quienes solicitaron a la Comisión Directiva de esta entidad la autorización para ocupar el predio ubicado en calle Belgrano y Leguizamón, con el propósito de realizar prácticas deportivas. La Comisión Directiva accedió al pedido y puso como única condición que el mismo lleve el nombre del Presbítero Andrés Zaninetti, fundador del Círculo Católico de Obreros el 14 de Agosto de 1910.

Los objetivos definidos en aquel entonces de contribuir a la sana formación de los niños, adolescentes y jóvenes de la comunidad se han mantenido inalterables hasta nuestros días, cobrando vital importancia en los últimos años, en los que los flagelos de la calle, las drogas, el alcohol y los malos hábitos inculcados desde algunos medios de

comunicación han causado enormes prejuicios a innumerables familias. Por ello, esta Institución deportiva considera una obligación ineludible tratar de incorporar a la mayor cantidad de chicos para que a través del deporte puedan ser mujeres y hombres de bien.

Las Bochas primero y el Básquet después fueron las primeras disciplinas que se practicaron. Actualmente el Club cuenta con las disciplinas de Básquet, Patín Artístico, Gimnasia Artística Deportiva, Yoga, Gimnasio de musculación con aparatos, Colonia de vacaciones, y también con un Centro Deportivo para Personas con Capacidades Diferentes (a cargo de una Profesora de Educación Física preparada para tal fin) siendo aproximadamente un millar los deportistas que desde los 5 años de edad en adelante concurren a las instalaciones, todos dirigidos por un total de veinte Profesores de Educación Física especializados.

La Institución cuenta en su predio cubierto de calle Belgrano y Leguizamón con las siguientes instalaciones: dos canchas de Básquet (una de ellas, la principal, con piso deportivo), una pista de Patín Artístico, un completo Gimnasio con aparatos y un salón preparado y ambientado especialmente para la realización de Yoga. Además, el club cuenta desde el año 2005 con un gimnasio diseñado para la práctica de Gimnasia Artística Deportiva que se encuentra ubicado en calle 14 de Julio al 561.

Los resultados deportivos que se obtuvieron en estos años han sido excelentes, tanto a nivel local, provincial y nacional. No obstante, si bien es cierto que la Institución deportiva considera de suma importancia la competencia, su prioridad es que todos los chicos jueguen, participen y se diviertan libremente y sin presiones de ningún tipo, lo que le da al club un carácter central de preocupación por el aspecto social que implica la práctica deportiva.

Contacto:

Club Presbítero Andrés Zaninetti.
Belgrano 813.
Concepción del Uruguay – CP 3260.
Entre Ríos – Argentina.
Teléfono: (03442) 427467.
E-mail: info@cazaninetti.com.ar

Autoridades:

Presidente: Martín José Elizalde.
Coordinador deportivo: Carlos Pablo Scola.





POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que se eligió para llevar a cabo la presente investigación está conformada por los deportistas que concurren al Club Presbítero Andrés Zaninetti. La muestra correspondió a todos aquellos deportistas entre 12 y 21 años de edad que realizaron sus prácticas deportivas en dicha Institución en la disciplina de Básquet masculino y femenino durante el mes de Agosto del año 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los deportistas masculinos y femeninos del club Zaninetti que tengan entre 12 y 21 años de edad y realicen su práctica deportiva en la disciplina de básquet durante el mes de Agosto del año 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos los deportistas masculinos y femeninos del club Zaninetti que no estén comprendidos entre los 12 y 21 años de edad, y no realicen su práctica deportiva en la disciplina de básquet durante el mes de Agosto del año 2014.

VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables elegidas representan adecuadamente los aspectos que se estudiaron en el grupo de hombres y mujeres que constituye la muestra, con el fin de dar respuesta a los objetivos que plantea esta investigación.

SEXO

Condición orgánica determinada por los caracteres sexuales primarios y secundarios de los individuos.

EDAD

Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que se los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medioambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra.

CONDUCTA ALIMENTARIA

Es la manera o forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento. La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL

Actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de hábitos y conductas alimentarias relacionadas con la alimentación y nutrición, que fomenten la salud y el bienestar.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se diseñó una encuesta estructurada (*anexo I*) a responder de manera individual que cuenta con un total de 12 preguntas que apuntan a poner de manifiesto las variables antes mencionadas de la presente investigación. La encuesta está precedida por información relacionada con los objetivos del cuestionario, su carácter anónimo y el agradecimiento por la colaboración, además del consentimiento informado (*anexo II*).

Todas las encuestas fueron realizadas dentro de la misma Institución y los deportistas fueron citados en pequeños grupos (de no más de 4 integrantes) minutos antes de cada entrenamiento, y luego de una breve explicación verbal donde se hizo fundamental hincapié en la participación voluntaria y en la confidencialidad y anonimato de los datos que se obtienen, procedieron a completar el cuestionario. Cabe destacar que esta estrategia resultó muy acertada ya que permitió una interacción fluida con los deportistas adolescentes.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

SEXO: 1. Masculino.

2. Femenino.

EDAD: 1. de 12 a 14,9 años.

2. de 15 a 17,9 años.

3. de 18 a 21 años.

HÁBITOS ALIMENTARIOS: se tomó lo expresado en las Guías Alimentarias para la población argentina como material para caracterizar la calidad de hábitos alimentarios que se practican. La realización de al menos 4 comidas diarias, el consumo de agua y bebidas sin azúcar, el no consumo de bebidas alcohólicas (ya que se trata de adolescentes), y por último el mantenimiento de horarios regulares para cada una de las comidas diarias son considerados hábitos alimentarios saludables.

Teniendo en cuenta que son 4 (cuatro) las preguntas que conforman este apartado de la encuesta, cada una de ellas representa el 25% del total. De este modo, se consideró:

HÁBITOS ALIMENTARIOS NO SALUDABLES: al mayor porcentaje de respuestas dentro de las encuestas consideradas no saludables.

HÁBITOS ALIMENTARIOS REGULARES: la presencia igualitaria de porcentaje de respuestas saludables y no saludables.

HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES: al mayor porcentaje de respuestas dentro de las encuestas consideradas saludables.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS: todas las respuestas afirmativas de este apartado de la encuesta son consideradas conductas alimentarias no saludables.

Se consideró como:

CONDUCTAS ALIMENTARIAS NO SALUDABLES: la presencia de 3 o más respuestas afirmativas en esta sección de la encuesta.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS SALUDABLES: la presencia de 3 o más respuestas negativas en esta sección de la encuesta.

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL: 1. Si.

2. No.

ANÁLISIS DE DATOS

Un grupo de 62 deportistas adolescentes, hombres y mujeres entre 12 y 21 años de edad, pertenecientes al Club Zaninetti de la ciudad de Concepción del Uruguay que realizan la práctica de básquet en forma sistemática y constante, fueron evaluados en relación a los hábitos y conductas alimentarias que mantienen y al aporte de Educación Alimentaria Nutricional que reciben.

Una vez finalizado el trabajo de campo, se procedió a la evaluación y codificación de los datos obtenidos para poder así realizar el análisis estadístico deseado. Los procedimientos seguidos fueron:

- 1- Construcción de la base de datos en Excel.
- 2- Elaboración y examen de las frecuencias de cada una de las variables del cuestionario.
- 3- Construcción de gráficos circulares y de barra para facilitar la interpretación.

RESULTADOS

Tabla I: distribución de frecuencias absolutas por sexo de la población total.

SEXO	fi
masculino	34
femenino	28
TOTAL	62

En el siguiente gráfico podemos observar que la población estudiada está conformada por el 55% (n=34) de hombres y el 45% (n=28) de mujeres.

Gráfico I: porcentaje de deportistas adolescentes por sexo de la población total.

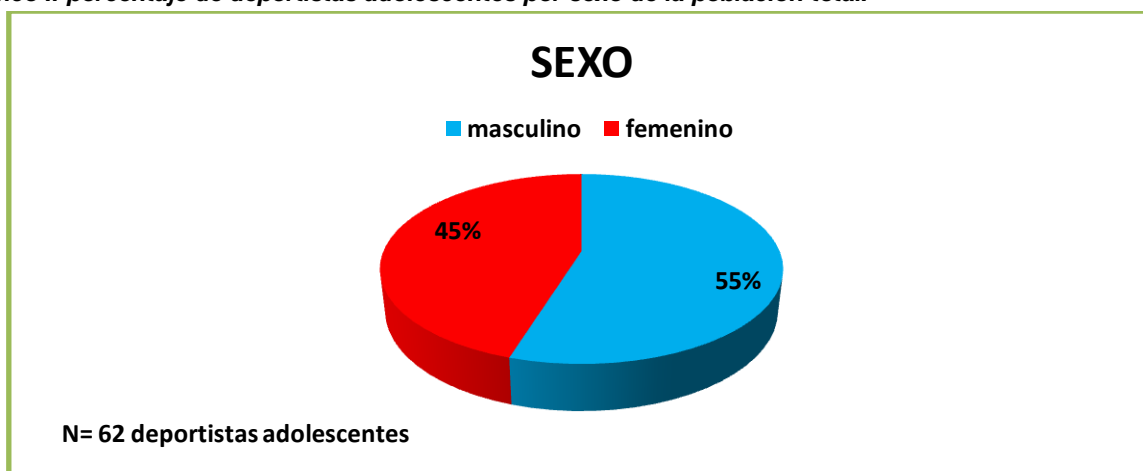


Tabla II: distribución de frecuencias absolutas por rango de edad de la población total.

EDAD (años)	fi
12 - 14,9	30
15 - 17,9	23
18 - 21	9
TOTAL	62

El siguiente gráfico nos muestra que el 48% (n=30) de la población estudiada está comprendida entre los 12 y 14,9 años de edad, siendo el rango de mayor porcentaje. Los deportistas adolescentes comprendidos entre los 15 y 17,9 años

representan el 37% (n=23) de la población ocupando el segundo lugar. Mientras que el 15% (n=9) restante está formado por deportistas adolescentes entre 18 y 21 años de edad.

Gráfico II: porcentaje de deportistas adolescentes por rango de edad de la población total.

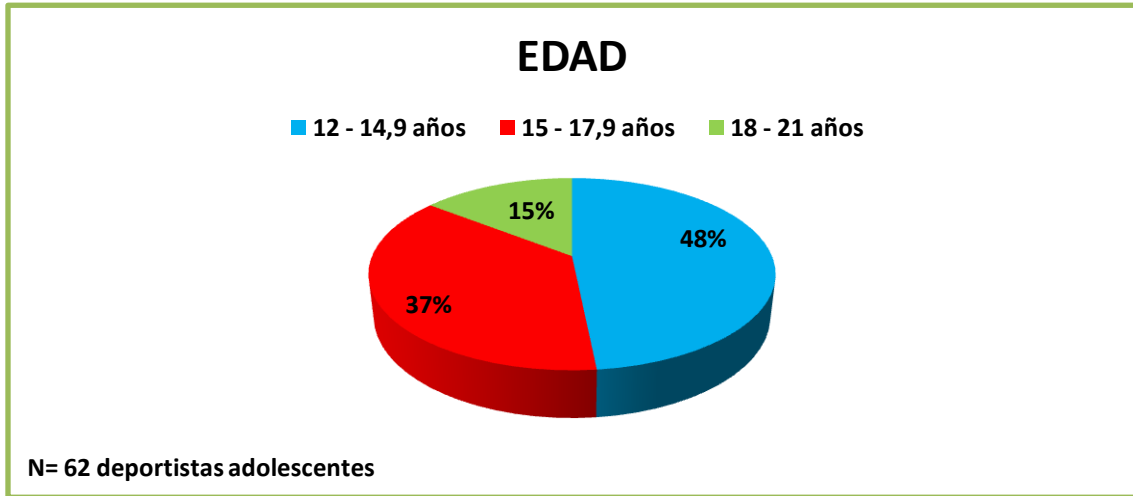
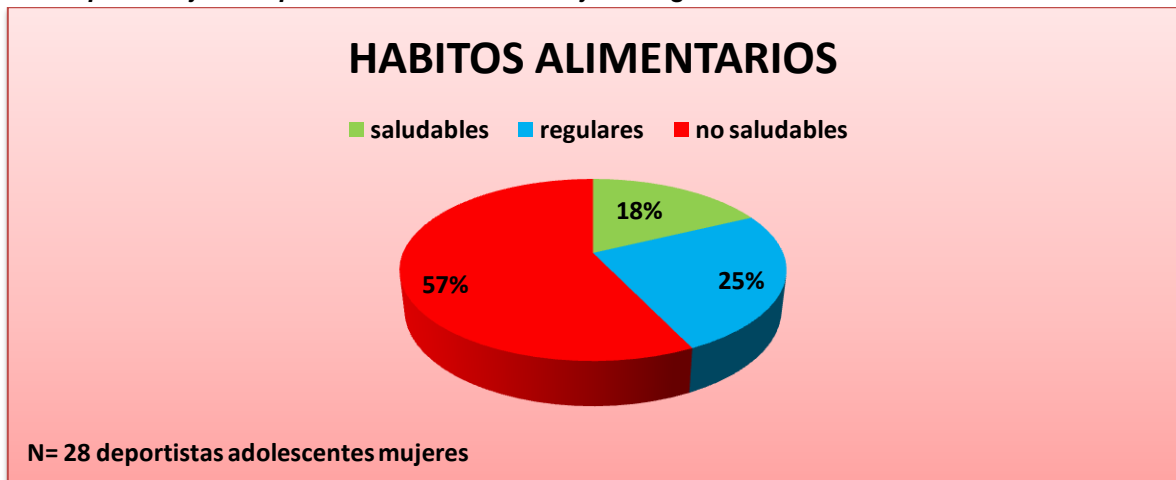


Tabla III: distribución de frecuencias absolutas según calidad de hábitos alimentarios en mujeres.

HABITOS ALIMENTARIOS	fi
saludables	5
regulares	7
no saludables	16
TOTAL	28

Gráfico III: porcentaje de deportistas adolescentes mujeres según calidad de hábitos alimentarios.

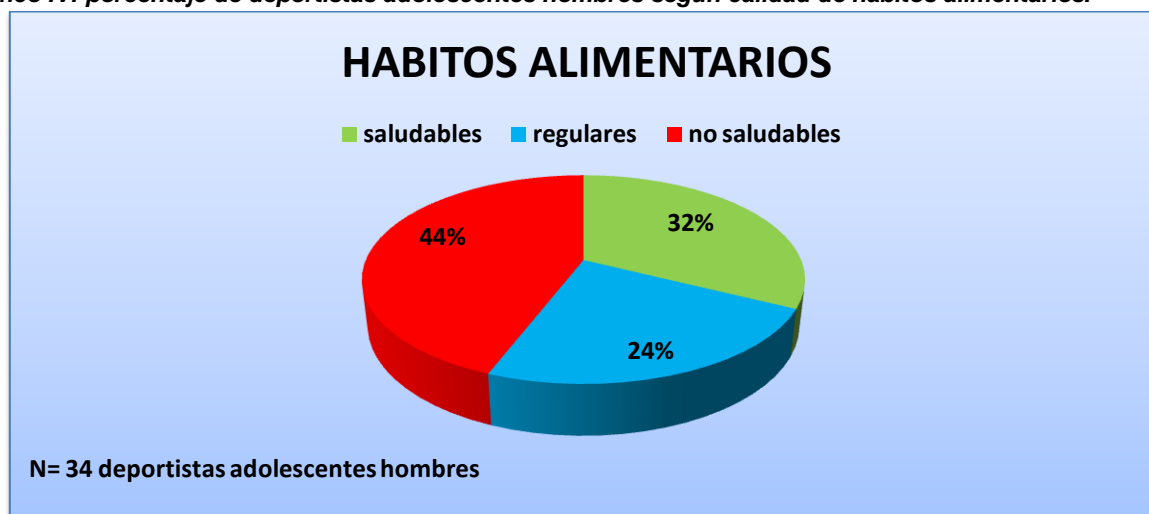


Del total de la población deportista adolescente femenina (N=28), se destaca el 57% (n=16) de la misma que presenta hábitos alimentarios no saludables. Los hábitos alimentarios regulares comprenden el 25% (n=7) del total, mientras que los hábitos alimentarios saludables solamente alcanzan un 18% (n=5) de la población femenina en estudio.

Tabla IV: distribución de frecuencias absolutas según calidad de hábitos alimentarios en hombres.

HABITOS ALIMENTARIOS	fi
saludables	11
regulares	8
no saludables	15
TOTAL	34

Gráfico IV: porcentaje de deportistas adolescentes hombres según calidad de hábitos alimentarios.



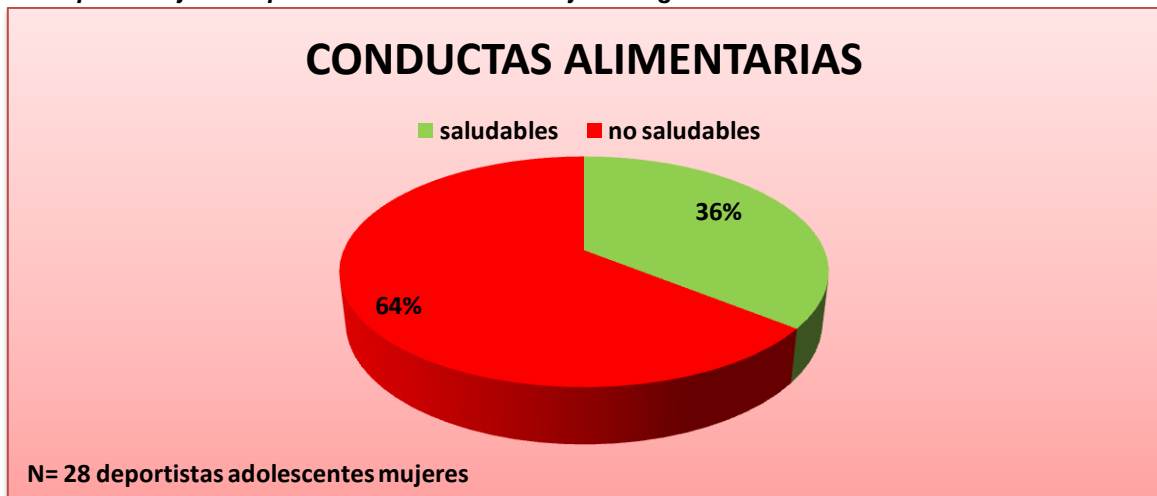
En el caso de los deportistas adolescentes hombres (N=34) los resultados reflejan que el 44% (n=15) mantiene hábitos alimentarios no saludables. Un 32% (n=11) mantiene hábitos alimentarios saludables, y el 24% (n=8) restante corresponde a aquellos deportistas que presentan hábitos alimentarios regulares.

En este caso, los resultados que se obtuvieron son más equitativos entre las clasificaciones si lo comparamos con la misma variable en mujeres.

Tabla V: distribución de frecuencias absolutas según calidad de conductas alimentarias en mujeres.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS	fi
saludables	10
no saludables	18
TOTAL	28

Gráfico V: porcentaje de deportistas adolescentes mujeres según calidad de conductas alimentarias.

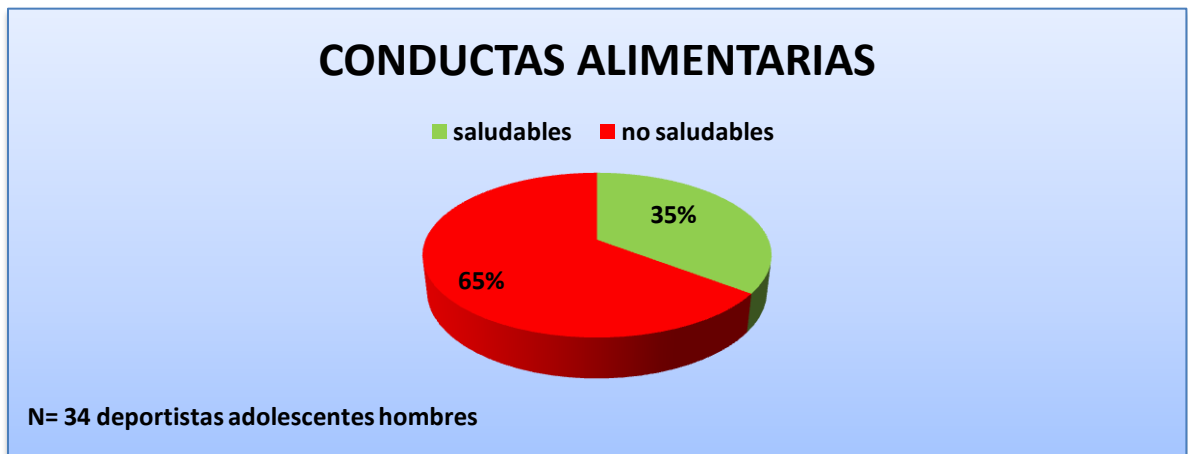


Con respecto a la conducta alimentaria que mantiene la población femenina estudiada, podemos observar un contundente 64% (n=18) que practica conductas no saludables en contraposición con el 36% (n=10) que practica conductas saludables.

Tabla VI: distribución de frecuencias absolutas según calidad de conductas alimentarias en hombres.

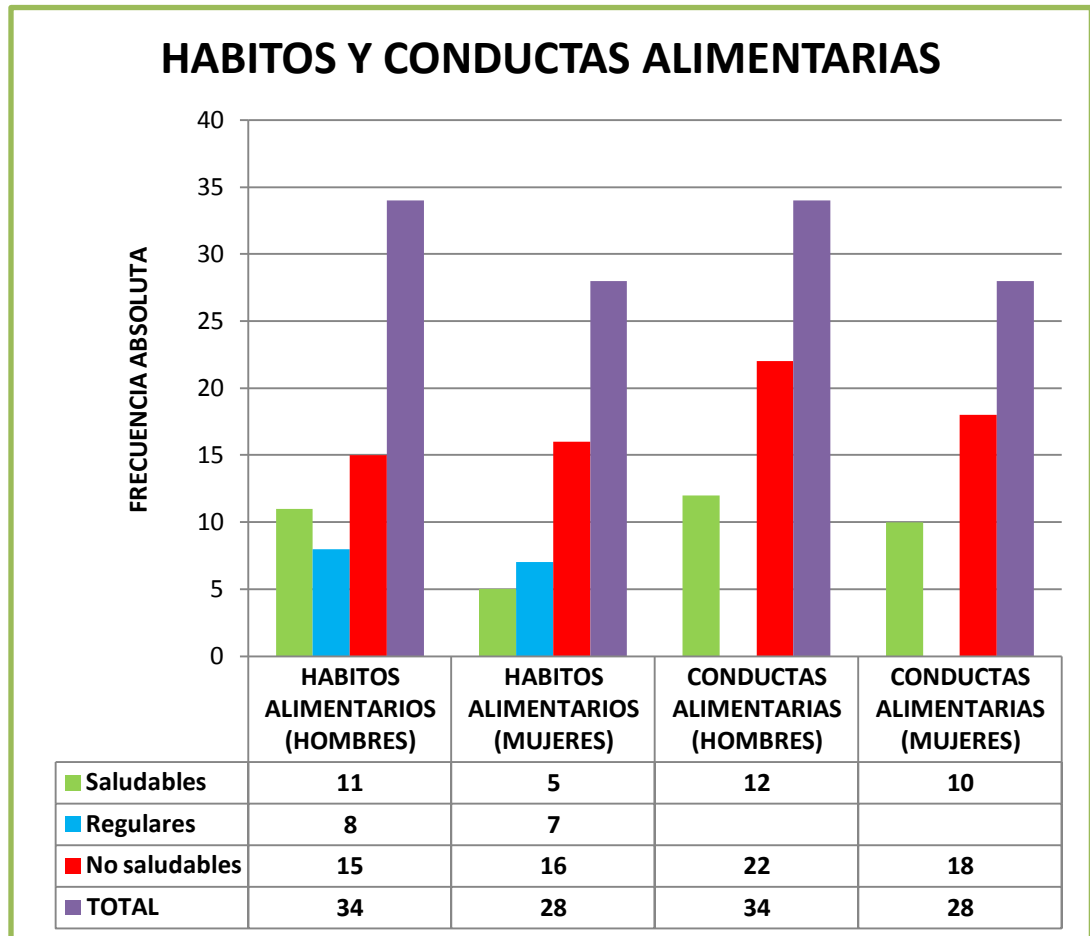
CONDUCTAS ALIMENTARIAS	fi
saludables	12
no saludables	22
TOTAL	34

Gráfico VI: porcentaje de deportistas adolescentes hombres según calidad de conductas alimentarias.



Llamativamente en el caso de la población de estudio masculina, también se destaca un alto porcentaje del 66% (n=22) de prevalencia de conductas alimentarias no saludables. El 34% (n=12) corresponde a aquellos deportistas que practican conductas alimentarias saludables.

Gráfico y Tabla VII: Distribución de frecuencias absolutas en hábitos y conductas alimentarias masculinas y femeninas



Podemos comparar claramente en este gráfico las diferencias y similitudes de los datos arrojados tanto en hombres como en mujeres.

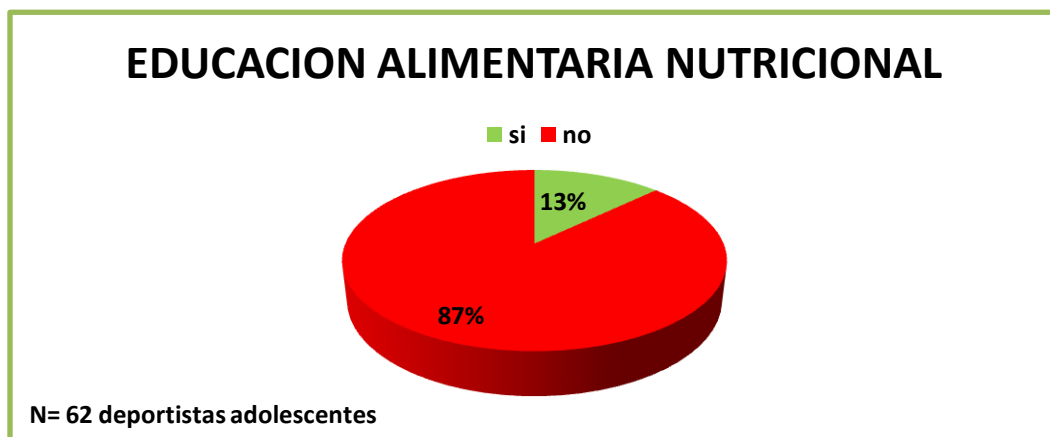
Con respecto a hábitos alimentarios podemos observar que existe mayor dispersión de datos en el caso de los hombres, sin embargo en ambos casos el común denominador es la presencia mayoritaria de hábitos alimentarios no saludables.

Sobre la variable conducta alimentaria, los datos reflejan una presencia notoria de conductas alimentarias no saludables para ambos sexos.

Tabla VIII: distribución de frecuencias absolutas sobre Educación Alimentaria Nutricional de la población total.

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL	fi
si	8
no	54
TOTAL	62

Gráfico VIII: porcentaje de deportistas adolescentes que recibieron Educación Alimentaria Nutricional de la población total.



Los resultados obtenidos en este último gráfico son alarmantes. A la hora de indagar en los deportistas sobre el aporte que recibieron de Educación Alimentaria Nutricional, el 87% (n=54) afirmó nunca haber recibido información sobre estas cuestiones. Mientras que el 13% (n=8) sostuvo haber recibido Educación Alimentaria Nutricional por parte de un profesional idóneo.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten alcanzar los objetivos del trabajo: incrementar el conocimiento de la relación existente entre calidad de hábitos y conductas alimentarias con el aporte de Educación Alimentaria Nutricional en basquetbolistas adolescentes.

El fuerte avance tecnológico de esta época permite tener acceso a muchos estudios con los cuales pueden contrastarse los resultados que arroja la presente investigación; sin embargo, se debe tener en cuenta que presentan diferencias significativas en la población estudiada, el tipo de estudio realizado y en el diseño metodológico aplicado.

Los hábitos alimentarios pueden considerarse como el comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo que conduce a las personas a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores. Los hábitos alimentarios son la expresión de creencias y tradiciones, y evolucionan a lo largo de los años en respuesta a los nuevos estilos de vida, a la aparición de nuevos alimentos y al contacto con culturas diferentes.

De acuerdo a datos derivados de un estudio realizado por Márquez *et al.* (2012) sobre aspectos psicológicos y sociológicos que forjan hábitos alimentarios en deportistas adolescentes de Murcia (España), los jóvenes mantienen prácticas no saludables debido al mal asesoramiento que reciben principalmente de sus entrenadores. Este resultado coincide con los obtenidos en la presente investigación, ya que la mayoría de los deportistas encuestados no mantienen hábitos alimentarios saludables.

Este fenómeno se advierte con claridad: ante la falta de una oportuna Educación Alimentaria Nutricional, en este caso hacia los encargados de la formación deportiva de los adolescentes, aumenta la prevalencia de hábitos alimentarios no saludables.

Entre las conductas adquiridas por los seres humanos, las alimentarias pueden ser definidas como el comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos, los

que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos pertenecientes a diversos grupos etarios.

Los datos que recolecta una investigación española llevada a cabo por Dosil Díaz (2012) en deportistas de Madrid reflejan la presencia de conductas alimentarias no saludables solamente en la muestra femenina de la población bajo estudio. Este resultado discrepa con los obtenidos en este trabajo, ya que aquí tanto la muestra femenina como la masculina de la población bajo estudio reflejan la presencia de conductas alimentarias no saludables.

La Educación Alimentaria Nutricional es una estrategia empleada por muchos países desarrollados y en desarrollo, para mejorar el bienestar nutricional de las poblaciones vulnerables. La educación en nutrición se entiende como la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para la adopción voluntaria de conductas nutricionales adecuadas que conduzcan a la salud y el bienestar. Es reconocida como uno de los elementos esenciales para contribuir a la prevención y control de problemas relacionados con la alimentación en el mundo. El principal objetivo en la educación nutricional del deportista es aclarar mitos y errores sobre su alimentación.

En programas de intervención en los que se ha combinado educación en nutrición y prevención de los trastornos alimentarios, se ha puesto de manifiesto que tras la intervención mejoran los conocimientos nutricionales y disminuyen las conductas alimentarias anómalas (Yannankoulina, 2002). Los datos que arroja el estudio realizado por Márquez (2008) reflejan que un 67% de los deportistas españoles encuestados jamás han recibido Educación Alimentaria Nutricional. Este último resultado es claramente similar al obtenido en la presente investigación.

Cabe destacar que resulta necesario continuar investigando sobre la relación existente entre hábitos y conductas alimentarias con el aporte de Educación Alimentaria Nutricional en deportistas adolescentes y su posible vínculo en el desencadenamiento de trastornos alimentarios. Sería recomendable para futuras investigaciones, la formación de un grupo de investigación multidisciplinario que pueda indagar a esta población no solo en cuestiones estrictamente nutricionales para poder explicar desde un abordaje más amplio ese posible vínculo.

CONCLUSIÓN

Los resultados arrojados por esta investigación, producto del análisis de una muestra, reflejan la realidad por la que atraviesan los basquetbolistas de 12 a 21 años que realizan su práctica deportiva en el Club Zaninetti.

- 1- La calidad de hábitos alimentarios en la población masculina bajo estudio refleja que el 44% (n=15) mantiene prácticas no saludables, el 32% (n=11) presenta prácticas saludables y el 24% (n=8) restante mantiene prácticas regulares.

Mientras que en la población femenina, los resultados muestran que el 57% (n=16) presenta hábitos alimentarios no saludables, el 25% (n=7) mantiene hábitos alimentarios regulares y el 18% (n=5) restante presenta hábitos alimentarios saludables.

- 2- La calidad de conductas alimentarias en la población masculina bajo estudio refleja que el 65% (n=22) mantiene conductas no saludables y el 35% (n=12) mantiene conductas saludables.

Mientras que en la población femenina, los resultados muestran que el 64% (n=18) presenta conductas alimentarias no saludables y el 36% (n=10) presenta conductas alimentarias saludables.

- 3- En cuanto a educación sobre cuestiones alimentarias y nutricionales, el 87% (n=54) de la población total nunca recibió Educación Alimentaria Nutricional y solo el 13% (n=8) restante tuvo acceso a ella.

Al comienzo de la investigación se partió de un supuesto en el cual se creyó que la carencia de Educación Alimentaria Nutricional podía ser un factor de riesgo en el desarrollo de hábitos y conductas alimentarias no saludables que favorezcan la aparición de un trastorno alimentario.

Luego de analizar los datos recabados se confirma dicho supuesto, ya que la población bajo estudio presentó mayoritariamente prácticas de hábitos y conductas alimentarias no saludables (tanto hombres como mujeres) y en concomitancia un escaso porcentaje recibió alguna vez Educación Alimentaria Nutricional. En relación a la problemática descrita y su incidencia en la aparición de trastornos alimentarios en los

basquetbolistas adolescentes, quedará como cuestión a abordar en una investigación más amplia ya que implicaría indagar en otras áreas de la vida cotidiana de una persona. Quizás este trabajo aliente a otros a continuar investigando sobre el tema.

Este panorama debe ser considerado como tierra fértil para futuros educadores que faciliten información a la población, debido a las posibilidades factibles de lograr cambios positivos.

Anhelo que esta investigación sea un importante aporte en la instauración de políticas educativas sobre cuestiones alimentarias y nutricionales dentro del ámbito deportivo institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Alabarces, P.; Di Giano, R.; Frydenberg, J. *Deporte y Sociedad*. 1ª ed. Buenos Aires. Eudeba, 1998.
- ✓ APA. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 1ª ed. Barcelona. Masson, 2002.
- ✓ Calvo, R. *Anorexia y bulimia: Guía párrafo Padres, Educadores y Terapeutas*. 1ª ed. Barcelona. Prácticos Planeta, 2002.
- ✓ Dosil Díaz, J; Díaz Ceballos, I. *Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento*. 1ª ed. Madrid. 2012.
- ✓ Gomes, R.; Silva, L. *Desórdenes alimentarios y perfeccionismo: un estudio con atletas portugueses*. *Psicología en revista Belo Horizonte*. 2010, 16 (3), pág. 469-489.
- ✓ Guillén García, F.; Castro Sánchez, J.; Guillén García, M.A. *Calidad de vida, salud y Ejercicio Físico: una Aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial*. *Psicología del deporte*. 1997, 12 (2), pág. 91-107.
- ✓ Knobel, M.; Aberastury, A. *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. 1ª ed. Buenos Aires. Paidós, 1984.
- ✓ Márquez, S. *Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo*. 2ª ed. Madrid. Prácticos Planeta, 2012.
- ✓ Martín, G. *Psicología del deporte: guía práctica del análisis conductual*. 3ª ed. Madrid. Pearson educación S.A, 2008.
- ✓ Moriarty, D.; Moriarty, M. *Influencias socioculturales en desórdenes alimentarios*. 2ª ed. Canadá. 1993.
- ✓ Navarro, A. y Cristaldo, P. *Hacia una didáctica de la Nutrición*. 2ª ed. Buenos Aires. Universitas, 2002.

- ✓ Onzari, M. *Fundamentos de nutrición en el deporte*. 1ª ed. Buenos Aires. El Ateneo, 2011.
- ✓ Toro, J. *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. 1ª ed. Barcelona. Ariel, 1996.
- ✓ Yannankoulina M.; Sitara M. *Reported eating behaviour and attitudes improvement alter a nutrition intervention program in a group of young female dancers*. Institute J. Sport Nutrition. 2002; 12:24-32.

ANEXOS

ANEXO I

Este cuestionario pretende conocer algunos hábitos, conductas y conocimientos que están relacionados con tu alimentación. Lee las preguntas despacio y responde marcando con una X la/s respuesta/s que corresponda/n. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerda que el cuestionario es anónimo, por lo que contesta con total sinceridad.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

1) **SEXO:** _____

2) **EDAD:** _____

3) **HÁBITOS ALIMENTARIOS**

a- Con respecto a las 4 comidas principales diarias, marque con una X aquellas que realiza siempre:

DESAYUNO ____ ALMUERZO ____ MERIENDA ____ CENA ____

b- ¿Qué bebida consumes en mayor cantidad a lo largo del día?

GASEOSAS ____ JUGOS CONCENTRADOS ____ AGUA y/o BEBIDAS SIN AZÚCAR ____

c- ¿Consumes ocasionalmente bebidas alcohólicas durante el fin de semana?

SI ____ NO CONSUMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS ____

d- ¿Mantienes horarios regulares para realizar tus comidas?

SI ____ NO ____

4) **CONDUCTAS ALIMENTARIAS**

a- ¿Le das importancia a tu imagen corporal? SI ____ NO ____

b- ¿Entrenas en forma intensa para no engordar? SI ____ NO ____

c- ¿Varías tu alimentación antes de una competencia, entrenamiento o partido?

SI ____ NO ____

d- ¿Controlas tu peso corporal a diario?

SI ____ NO ____

e- ¿Consideras que mantuviste alguna conducta perjudicial para tu salud en cuanto a la alimentación?

SI ____ NO ____

5) **¿Recibiste alguna vez Educación Alimentaria Nutricional?**

SI ____ NO ____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA EL ENCUESTADOR, POR FAVOR NO COMPLETARLA

HÁBITOS ALIMENTARIOS: _____

CONDUCTAS ALIMENTARIAS: _____

ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy de acuerdo en participar de la investigación “La relación de hábitos y conductas alimentarias en basquetbolistas adolescentes con el aporte de educación alimentaria nutricional”. Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio, como así también su carácter anónimo y el uso de los datos recabados con fines investigativos.

Mi incorporación será voluntaria, por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en la presente investigación.

Firma del encuestado