

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Anneris Maia Block Granda

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y  
DEPORTES DE GRUPO**

2021

Tutora: Lic. Vanesa Rodríguez García

---

*Citar como:* Block Granda AM. Trastornos de la conducta alimentaria y deportes de grupo. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2021. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3114>

# Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Tema .....	6
Subtema.....	6
Problema.....	6
Justificación .....	6
Hipótesis.....	6
Marco Teórico .....	7
<b>Trastornos de la Conducta Alimentaria .....</b>	<b>7</b>
<b>Factores de riesgo .....</b>	<b>7</b>
<b>Clasificación .....</b>	<b>9</b>
<b>Tratamiento .....</b>	<b>13</b>
<b>Test de Actitudes Alimentarias.....</b>	<b>13</b>
Deporte.....	14
<i>Deporte en grupo.....</i>	<i>14</i>
<i>Fútbol .....</i>	<i>14</i>
<i>Futbolistas .....</i>	<i>15</i>
<b>Condición física en el rendimiento del futbolista .....</b>	<b>15</b>
<b>Beneficios del fútbol.....</b>	<b>16</b>
Antecedentes.....	16
Metodología .....	19
Objetivo general .....	19
Objetivos específicos.....	19
Operacionalización de variables.....	20
Variables sociodemográficas .....	<b>20</b>
Variables de estudio.....	<b>20</b>
Enfoque.....	24
Alcance .....	24
Diseño de investigación .....	24
Unidad de muestra.....	24
Población.....	24

<b>Muestra</b> .....	25
<b>Tipo de muestreo</b> .....	25
<b>Criterios de selección</b> .....	25
<b>Criterios de Inclusión</b> .....	<b>25</b>
<b>Criterios de Exclusión</b> .....	<b>26</b>
<b>Criterios de Eliminación</b> .....	<b>26</b>
<b>Localización del estudio</b> .....	26
<b>Aspectos éticos</b> .....	26
<b>Métodos de recolección de datos</b> .....	27
<b>Análisis estadístico</b> .....	28
<b>Resultados</b> .....	30
<b>Discusión</b> .....	42
<b>Conclusión</b> .....	44
<b>Bibliografía</b> .....	45
<b>ANEXO 1: Consentimiento informado</b> .....	50
<b>ANEXO 2: Preguntas para determinar inclusión o exclusión.</b> .....	51
<b>ANEXO 3: Test de actitudes alimentarias EAT-26</b> .....	52
<b>ANEXO 4: Presión percibida respecto al peso corporal</b> .....	53

## Resumen

El presente trabajo de investigación busca recabar información acerca de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres que practiquen deportes de equipo, siendo el objetivo cuantificar el riesgo en dicha población y obtener mayor información respecto a las actitudes alimentarias de riesgo más dadas y la presión percibida por mantener un peso ideal. La muestra determinó que, el riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria en futbolistas del grupo etario más joven, de entre 18 a 25 años de edad fue del 13%; porcentaje menor al de los mayores, entre 26 a 35 años de edad, quienes tuvieron un riesgo del 17%. Se observó que un 28% siempre omitían o evitaban las comidas que engordan y estaban muy preocupados por su peso, y, en general, puede afirmarse que, el 39% de la muestra nunca ha tenido conductas asociadas con bulimia. En relación a las conductas de mayor prevalencia, se destacaron: hacer mucho ejercicio para quemar calorías, preocuparse mucho por la comida y controlarse en las comidas. Se determinó que el 47,74% de la muestra percibía presión por parte del entrenador, aunque se ha observado una menor dependencia de la opinión a medida que aumenta la edad. Finalmente, se determinó que sólo el 9,55% se sentían presionados por sus pares.

## Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son considerados una de las psicosis más dadas en la actitud ante la ingesta de alimentos; es común que quien lo padece, no sea consciente o no desee tratarse, por lo que será un paciente que no manifieste correctamente su sintomatología. Estas distorsiones ocasionan problemas en la calidad de vida de la persona que la padece, incluso en casos más severos, pueden ocasionar la muerte (1).

Se considera a estos trastornos multicausales, encontrando dentro de los factores determinantes a los biológicos, psicológicos, ambientales, sociales, culturales, la edad, el sexo, entre otros (2). En poblaciones que realizan ciertas actividades deportivas, se ha encontrado mayor vulnerabilidad, debido a que trabajan con el cuerpo y su rendimiento depende del peso corporal, pudiendo así, la práctica de actividad física, transformarse en obsesiva o con fines ajenos a lo saludable. Estas situaciones se han visto en aumento, siendo la presión del equipo, del entrenador y la social, además de la propia exigencia y características psicológicas, los factores más destacados (3).

La obtención de los datos puntuales del número de individuos que presentan algún TCA a nivel mundial es complicada, debido a la escasa información respecto a la enfermedad, la ausencia de diagnóstico por ocultamiento del paciente y la falta de acceso a la atención pública o privada (4). A nivel mundial, la incidencia de la anorexia nerviosa, ronda en 5 por cada 100.000 personas al año, con un pico en el sexo femenino de 15 a 19 años de edad y en el sexo masculino de los 10 a 24 años. La prevalencia de la bulimia nerviosa es del 2% al 4%, siendo la incidencia pico en mujeres de 16 a 20 años de edad (5).

En el año 2008, Argentina declaró de interés nacional a la promoción, prevención, diagnóstico, investigación y tratamiento de los TCA mediante la Ley 26.396 (6). A pesar de la importancia que pareció darle el Estado a estos trastornos, no se han encontrado estadísticas con actualización cercana (7). Dentro de los datos más actuales encontramos que, entre el 12% y 15% de los adolescentes padecen de

trastornos alimentarios, correspondiendo el 90% de quienes la sufren, al sexo femenino y un 10% al masculino (8). Según el médico psiquiatra Gargiulo, en una entrevista en el 2020, Argentina se ha convertido a nivel mundial, en uno de los lugares con mayor prevalencia de TCA, ya que es una población muy perfeccionista con la imagen corporal (9).

Dentro del sector Deportivo, se ha detectado mayor prevalencia respecto a la población general, variando entre el 15% y el 62%, pero aun así con una precaria intervención y prevención (10).

Se considera que, si existieran cifras más exactas, se lograría argumentar y evidenciar el problema que abarcan las patologías relacionadas a los TCA, y promover el uso de recursos necesarios para esta población (4). Actualmente es escaso el conocimiento acerca de la prevalencia de TCA, como también de las actitudes alimentarias más frecuentes y la presión por el peso ideal a la que se encuentran sometidas ciertas poblaciones vulnerables como los deportistas de equipo, y más aún, en población masculina, la cual presenta menor incidencia que la femenina y por tal motivo ha sido menos estudiada.

Mediante el presente trabajo de investigación, se propone recabar información referida a la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres que practiquen deportes de equipo, siendo el posible objetivo cuantificar el riesgo en dicha población.

## **Tema**

Trastornos de la conducta alimentaria y deportes de grupo.

## **Subtema**

Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en hombres que realicen deportes de equipo.

## **Problema**

Por lo expuesto anteriormente, surge el interés por conocer, ¿Cuál es el riesgo a padecer trastorno alimentario en hombres que realicen deporte de equipo?

## **Justificación**

Diversos estudios, colocan como uno de los factores predisponentes a sufrir TCA, a los deportes que se realizan en grupo, ya que la exigencia y la presión con la que cuentan, podría ser uno de los principales motivos de la distorsión. Asimismo, se ha observado, un aumento de casos dentro de la población del sexo masculino, viéndose muy relacionado este problema.

## **Hipótesis**

La presencia de riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria sería mayor en futbolistas de entre 26 a 35 años de edad, que en los jugadores de entre 18 a 25 años de edad; siendo el control oral y la presión percibida por parte de los entrenadores respecto al peso corporal, la mayor actitud que pone en riesgo a los jugadores.

## **Marco Teórico**

### **Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), por sus siglas en inglés de American Psychological Association, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-V), ha cambiado algunos detalles respecto a los nombres y criterios diagnósticos de los conocidos “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA) a denominarlos “Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos” (11).

Los TCA son considerados alteraciones mentales caracterizados por conductas patológicas, referidos al consumo alimentario y una idea fija en el control del peso corporal. Son patologías que cuentan con diversos factores como la genética, la cultura, la sociedad y/o antecedentes familiares; siendo caracterizadas por varias sintomatologías referidas a la insatisfacción con el cuerpo, distorsión del peso corporal, en las comidas y en la imagen corporal (12).

### **Factores de riesgo**

Dentro de los factores que se consideran de riesgo para los trastornos alimentarios, encontramos de tres tipos diferentes, “individuales”, “grupales” y “sociales”, pudiendo la integración entre ellos, incitar al desarrollo de la patología y colaborar negativamente en el mantenimiento de la misma (13).

### ***Factores individuales***

Entre los factores individuales encontramos la *predisposición genética* del individuo, la cual ha evidenciado relación entre algunas sustancias químicas que se encuentran en el cerebro (neurotransmisores) y las distorsiones alimentarias, ya que las primeras controlan el apetito, la digestión e inclusive la sensación de hambre; aunque aún continúan en investigación, es sabido que la genética familiar se asocia con una predisposición a padecerlas (14).



También encontramos los *rasgos psicológicos*, los cuales muestran que existen características personales que se relacionan directamente con los trastornos alimentarios, como las personas perfeccionistas, que cuentan con una elevada auto exigencia, necesidad de control y poca flexibilidad que conlleva el ser muy estricto (13).

La *baja autoestima*, generalmente comienza en la etapa de la *adolescencia*, donde tiene lugar el proceso de búsqueda y formación de la personalidad, impulsado con las demandas sociales de la normalidad o ideal corporal que supuestamente se deben seguir para alcanzar la felicidad y el éxito en la sociedad en la que se rodea (15). En esta etapa de la vida, se ha identificado un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, debido al cambio hormonal, en la composición y estructura corporal, así como también la alteración en los rasgos de personalidad y del comportamiento; asociado con lo establecido como ideal de belleza y la exposición a la presión de su entorno por la delgadez, construyen una insatisfacción con su propia imagen corporal (16).

El sexo es otro de los factores individuales, se ha observado que 9 casos de cada 10 con trastornos alimentarios, son de sexo femenino, lo que implica que la mujer cuenta con mayor predisposición a sufrirlo. Casos de *obesidad* durante la adolescencia o en la infancia, han mostrado que dicha vivencia predispone a una persona al desarrollo de distorsiones en el comportamiento alimentario (13).

### ***Factores grupales***

Dentro de los factores grupales, encontramos al *ambiente familiar desestructurado o sobreprotector*, como un desencadenante. En estos casos, no cuentan con un contexto seguro y duradero; existe falta de comunicación o una rigidez y control excesivo en la dinámica del grupo familiar. Por otra parte, la *educación familiar* constituye un riesgo, cuando las familias no refuerzan la autoestima, como así también cuando ponen mucho interés en la imagen corporal, la delgadez y todo lo relacionado con la obtención de una posición social de belleza (13).

## **Factores sociales**

Se han impuesto en la sociedad, *modelos de belleza imperante*, con estereotipos muy definidos respecto al peso y la imagen corporal, en los que solo unos pocos se ven favorecidos. La glorificación de las personas a la delgadez y el otorgarle un valor superior a los cuerpos sin defectos y no realistas, ha desencadenado *presión social respecto a la imagen* (14).

*Determinados deportes profesionales o semiprofesionales*, en especial los de élite, son uno de los orígenes de las distorsiones alimentarias, ya que trabajan con el cuerpo, la imagen corporal y su rendimiento, por lo que se ven afectados por la mirada del otro, y expuestos a tratamientos dietéticos de largo plazo (10).

Los niños o adolescentes que recibieron burlas o críticas sobre su aspecto físico, han generado en su personalidad un gran sentido de inseguridad respecto a su imagen corporal, por lo que las *experiencias anteriores* son un factor determinante. Así como también lo son *situaciones vitales que generan estrés*, como problemas relacionados a la familia, amigos, pareja, en el trabajo, situaciones económicas, entre otras (14).

## **Clasificación**

Dentro de la clasificación actualizada en el DMS-5, encontramos las siguientes distorsiones alimentarias “Pica”, “Rumiación”, “Trastorno de restricción/evitación de la alimentación”, “Anorexia nerviosa”, “Bulimia nerviosa”, “Trastorno por atracones” y la inclusión de otras distorsiones como la “anorexia nerviosa atípica”, el “síndrome del comedor nocturno” y el “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado” (17).

### ***Pica***

Se considera Pica a la conducta de ingerir o succionar sustancias no comestibles en el período de al menos un mes, de manera compulsiva y que evoluciona progresivamente; se trata de un consumo no aceptado social ni culturalmente, se la conoce como la conducta alimentaria que se dá en la niñez e infancia (18).

### ***Rumiación***

La Rumiación es el trastorno en el que la persona expulsa los alimentos desde el estómago hacia la boca, no digeridos o parcialmente, de forma involuntaria y repetitivamente, luego los vuelven a masticar y tragar o lo escupen (19). Dicha regurgitación puede no atribuirse a problemas gástricos, intestinales u otros problemas médicos, y debe darse durante un tiempo de al menos un mes. Si la misma se desarrolla en conjunto con algún trastorno mental como discapacidad intelectual o en el neurodesarrollo, se justifica la gravedad para la atención clínica adicional (20).

### **Trastorno de restricción de la alimentación**

Las personas con Trastorno de Restricción o de Evitación, tienden a consumir pocos alimentos y evitar algunos de ellos, por su olor, sabor o color; suele estar relacionada a una experiencia negativa con los alimentos. Por lo general, no tienen miedo a subir de peso, ya que no suele existir la distorsión de la imagen corporal; generalmente esta restricción conduce a una pérdida de peso ya que se ve afectada la ingesta para cubrir las necesidades nutricionales y recomendaciones energéticas, pudiendo ocasionar algún problema de malnutrición e incluso falta de crecimiento en niños (21).

### ***Anorexia nerviosa***

La Anorexia Nerviosa (AN) es considerada la distorsión alimentaria que cursa con una restricción de la ingesta energética en relación al requerimiento, lo que conduce a un marcado descenso de peso de la persona, siendo este inferior al establecido como saludable para su talla y edad; aun así, la persona posee un intenso deseo por bajar de peso y el temor a engordar, lo cual, se manifiesta con dietas estrictas o ayunos prolongados con el aislamiento durante las comidas; actividad física desmedida y en algunos casos se puede dar la ausencia de la menstruación por varios ciclos seguidos (12). Acompañan el cuadro una alteración de la percepción de la imagen y del peso corporal, junto a la negación del peligro relacionado con el bajo peso (22).

### ***Bulimia nerviosa***

La Bulimia Nerviosa (BN), como característica similar a las personas que padecen AN, manifiestan una constante intranquilidad por el peso corporal; generalmente cuentan con episodios de atracones reiterativos, caracterizados por un consumo de alimentos en cantidades excesivas en un período de dos horas, con sensación de falta de control en la elección o cantidad; a dichos episodios le siguen conductas compensatorias con el objetivo de equilibrar el atracón, como el excesivo uso de laxantes y/o diuréticos, provocación del vómito, atracones alternados con la excesiva práctica de actividad física y/o la estricta restricción de calorías (12). La frecuencia debe ser de al menos dos veces por semana en un tiempo de al menos tres meses para su diagnóstico (23).

### ***Trastorno por atracones***

El Trastorno por Atracón, se manifiesta con reiterados episodios de una duración aproximada de dos horas, en promedio una vez a la semana durante el período de al menos tres meses. Durante los mismos el individuo experimenta pérdida de control sobre la cantidad de alimentos que ingiere, llegando a sentirse

desagradablemente lleno. A diferencia de la BN, no llevan a cabo conductas compensatorias, es decir, que no vomitan, ni utilizan laxantes o diuréticos, sino que realizan dietas estrictas donde vuelven a su peso fácilmente; y generalmente quienes sufren de esta distorsión, presentan exceso de peso u obesidad, a veces asociado a depresión o ansiedad (12).

### ***Anorexia nerviosa atípica***

Considera los casos en los que se determinan los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, excepto el significativo descenso de peso, encontrándose en el intervalo de normalidad. Es frecuente en interconsultas psiquiátricas o en atención primaria; y puede también incluir personas con alguna patología que presenten síntomas de la anorexia nerviosa en grado leve (17).

### ***Síndrome del comedor nocturno***

Trastorno alimentario caracterizado por un alto consumo de calorías durante la noche, luego de cenar y en algunos casos, luego del sueño. Suele estar acompañado de unas incontrolables ganas de comer, pudiendo ingerir hasta el 50% de las calorías diarias en un solo momento. La persona es consciente de dicho consumo, puede verse afectada por alteraciones en el ciclo del sueño-vigilia (24).

### ***Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado***

Se caracteriza por la combinación de los síntomas característicos de un trastorno alimenticio, sin cumplir con todos los criterios diagnósticos de alguno de ellos, con un significativo malestar en el área laboral, social o del funcionamiento general. También se suele utilizar, cuando no se cuenta con toda la información diagnóstica específica (17).

## **Tratamiento**

Un tratamiento adecuado para quienes padecen algún trastorno alimentario, radica en el abordaje interdisciplinario y trabajo en equipo de médicos, nutricionistas y psicólogos o psiquiatras; atendiendo principalmente para estabilizar los síntomas médicos y psicológicos, luego del diagnóstico; seguido de un objetivo concreto de terapias, que se irán fijando según diferentes parámetros del paciente, con el apoyo de su entorno y la probabilidad de resistencia a un plan de tratamiento.

Para lograr la recuperación del paciente es necesario contar con un tratamiento médico eficiente, llevado a cabo con una inmediata atención, valoración de la sintomatología y compromiso; en aquellos casos que se requiere el ingreso de la persona a una institución para su mejor manejo, debe derivarse a un programa especializado y experimentado. La atención psicoterapéutica y el soporte nutricional, son el apoyo primordial y crítico, pudiendo ser recomendado o no el abordaje con psicofarmacología (2).

## **Test de Actitudes Alimentarias**

La escala EAT-26 (Eating Attitudes Test) o Test de actitudes alimentarias, es un instrumento utilizado en la evaluación de actitudes y comportamientos propios de los trastornos alimentarios. Este instrumento se ha utilizado en diferentes estudios para identificar, de manera temprana, la presencia de dichos trastornos. Fue elaborado en el año 1979 por David Garner y Paul Garfinkel; su primera versión se conoció como EAT-40, diseñando luego, la EAT-26 que cuenta con 26 ítems en total. Es considerada una prueba estandarizada con altos índices de confiabilidad y validez, debido a esto resulta ser muy aplicada en el mundo de los TCA. Las preguntas del EAT-26 evalúan 3 áreas específicas, asociadas a comportamientos y actitudes relacionadas con el riesgo a padecer o no algún trastorno de la conducta alimentaria (25).

## **Deporte**

Se caracteriza por ser toda actividad física que incluye una secuencia de normas y reglamentaciones a cumplir en un lugar o espacio físico establecido, ya sea en una cancha, campo de juego, pistas, entre otros, dependiendo de la actividad deportiva realizada; generalmente se encuentran institucionalizados en clubes o federaciones, implicando la competencia individual o grupal.

Se hace referencia como deporte individual, al que la aptitud y capacidad física y/o intelectual del propio competidor es la condición preferente en la determinación del resultado; y al deporte colectivo, en el que la integración de capacidades físicas y/o intelectuales de varios participantes, determinarán el resultado final (26).

### ***Deporte en grupo***

Se entiende por deporte en grupo, en equipo o en conjunto, al que es desarrollado por dos o más personas, con reglamentaciones pre establecidas que deben ser respetadas y aceptadas por cada integrante, los cuales persiguen un mismo objetivo, propósito o meta a cumplir. Existen diferentes tipos, como por ejemplo, el fútbol, baloncesto, voleibol, balón-mano (handball), béisbol, polo acuático, softbol, dobles en tenis, rugby, fútbol americano, hockey sobre césped entre otros (27) (28).

### ***Fútbol***

Se denomina fútbol al deporte que se lleva a cabo en un campo de juego, en espacio natural y al aire libre, de forma rectangular, con dos arcos, donde se enfrentan dos grupos con 11 (once) jugadores cada uno, con el objetivo de insertar la mayor cantidad de veces un balón esférico en el arco contrario, con la utilización del pie para patear la pelota, cada anotación recibe el nombre de gol y gana el equipo que obtiene más goles; la duración de los partidos es de 2 (dos) tiempos de 45 (cuarenta y cinco) minutos con 15 (quince) minutos de descanso entre tiempos (29).

## ***Futbolistas***

La palabra futbolista refiere a la persona que practica el deporte denominado fútbol como parte del equipo, las personas pueden realizarlo de manera profesional o amateur. Deben contar con un entrenamiento adecuado y constante para mantener el estado físico adecuado y evitar lesiones o problemas relacionados a una inadecuada preparación previa al partido oficial de competencia (30).

### *Futbolista profesional*

Se considera como futbolistas profesionales, a quienes se dedican a la práctica deportiva del fútbol a cambio de una retribución; es decir, quienes se dedican exclusivamente a la preparación física que conlleva el deporte y a la participación activa o pasiva en las competencias establecidas (31).

### *Futbolista amateur*

En cambio, a diferencia de los profesionales, se los considera como futbolistas amateurs, a quienes practican el fútbol por motivos particulares como el ocio, la salud o para realizar actividad física, sin recibir remuneración, inclusive perteneciendo a un club deportivo. Por lo general, no cuentan con entrenamientos semanales, pactando encuentros competitivos con el tiempo similar a los profesionales; por lo que suelen ocasionarse lesiones en las rodillas, tobillos, meniscos y/o ligamentos, como así también lesiones musculares, generando un extensivo período de tiempo en la rehabilitación y recuperación del deportista y muchas veces con el abandono de las prácticas (32) (33).

## **Condición física en el rendimiento del futbolista**

Los futbolistas deben contar con una adecuada preparación del estado físico, donde se tienen en cuenta el trabajo de fuerza, resistencia, velocidad, flexibilidad y las competencias psicomotrices como el equilibrio, agilidad y coordinación; ya que, el deportista corre, gira, frena, acelera, salta con la pelota manteniendo el control en equipo para lograr el objetivo propuesto de sumar goles (34).



La importancia de la condición física, está estrechamente relacionada al rendimiento en la competición, siendo este último conformado por varios aspectos que podrían resultar favorables o no, como las habilidades, capacidades y particularidades de cada futbolista; la integración del equipo con las diferentes condiciones, permitirá obtener un mejor y alto rendimiento durante la competencia.

Por lo tanto, se considera que, en el entrenamiento, deberá prestarse atención a las prácticas de diferentes factores que determinarán en su conjunto el rendimiento físico de cada deportista y de su trabajo en equipo, como los factores físicos, psíquicos, técnico-táctico y sociales; atribuyendo la importancia que necesitan en el campo de acción, es decir, en el entrenamiento-juego o entrenamiento de la condición física particular para el juego mismo con estrategias especializadas (35).

### **Beneficios del fútbol**

Entre los múltiples beneficios con los que cuenta realizar cualquier deporte o actividad física, dentro del fútbol encontramos que, aumenta la capacidad aeróbica, favorece la salud cardiovascular, disminuye la grasa corporal y aumenta la masa muscular, lo que a su vez aumenta la fuerza muscular, favoreciendo la resistencia; mejora y refuerza los huesos, la coordinación, incentiva el trabajo en conjunto, mejora la confianza, el autoestima y disminuye la ansiedad; mejora el funcionamiento cognitivo del cerebro (36).

### **Antecedentes**

Entre los estudios que abordaron los TCA y su relación con el deporte, encontramos el trabajo de investigación realizado por Brito (2019), en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, el cual planteó dentro de los objetivos identificar el riesgo de TCA en jugadoras adolescentes de 14 a 21 años de hockey sobre césped amateur; los resultados mostraron que, del total de la muestra (47 jugadoras), el 96% presentaba riesgo de desarrollar trastorno alimentario y un 11% presentaba bulimia, según el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2; encontrando entre los

resultados que el 38% manifestó obsesión por la delgadez, el 31% desconfianza interpersonal, el 24% insatisfacción con la imagen corporal, el 22% con la característica del perfeccionismo, el 20% ineficacia y el 19 % presentó miedo a la madurez (37).

En el mismo año, en un estudio acerca de las “Creencias, actitudes y conductas de riesgo de entrenadores en relación con el peso de sus deportistas” realizado por Díaz Ceballos, Ramírez Molina, Navarrón Vallejos y Godoy Izquierdo, se observó que los entrenadores consideraban que el peso corporal influía directamente en el rendimiento deportivo individual o a nivel grupal, demostrando también que presionaban de manera moderada a sus deportistas, realizando diversas prácticas de control del peso corporal, como pesaje diario, semanal o mensual, indicación de ponerse a régimen y aumento del ejercicio físico; aun sin ayuda de profesionales idóneos para un buen asesoramiento respecto a la salud de cada uno de sus deportistas. Los resultados mostraron que el 37,6% consideraba que sus atletas al pesar menos, eran mejores en el deporte; el 70,2% pensaba que al subir de peso sus deportistas, bajaría el rendimiento; el 66,1% manifestó preocupación por el peso ideal y el 44,1% declararon exigir para las competencias un peso adecuado (38).

En la revisión sistemática realizada por Tabares Olmedilla (2020), con el objetivo de determinar los efectos del ejercicio físico en pacientes con TCA, encontró que los pacientes ya diagnosticados con alguna distorsión alimentaria que mejoraron y aumentaron la realización de actividad física regular y saludable, han experimentado una mejoría en el autoestima, en la percepción de la imagen corporal y estado de ánimo general, así como también la disminución de sintomatologías como el episodio de atracón (39).

En una entrevista realizada al Dr. Ventura y a la Dra. Teixidor (2021), han manifestado que sin lugar a duda la realización de actividad física o deportiva, son beneficiosas para la salud, física, mental y social, pero la misma debe ser bien aplicada y gestionada ya que, en el caso de una inadecuada práctica, se convierte en un problema y gran riesgo para la salud de quienes la practican. Han observado que, en los deportes competitivos, los atletas se encuentran en la búsqueda

constante de un peso o imagen corporal, viéndose afectadas de manera no saludable las conductas alimentarias para poder alcanzarlo. Afirman que, dentro de la cultura del deporte, la relación entre el control del peso corporal y la optimización en el rendimiento, es un factor predisponente para el desarrollo de distorsiones alimentarias; pudiendo aumentar el riesgo según la exigencia competitiva del nivel en el que se encuentre. Lo cual es confirmando con literaturas actualizadas, referidas a que los atletas que compiten en niveles superiores, cuentan con una elevada y notable vulnerabilidad en el desarrollo de trastornos alimentarios, respecto aquellos que compiten en niveles más bajos; ya que los de élite, cuentan con entrenamientos más exigentes, con una tendencia al perfeccionismo y generalmente se encuentran sometidos a mayores presiones del entorno (40) (41).

## **Metodología**

### **Objetivo general**

Analizar la prevalencia de trastornos alimentarios en futbolistas masculinos de entre 18 y 35 años de edad, en Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el 2021.

### **Objetivos específicos**

1. Cuantificar el riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria en futbolistas de entre 18 a 25 años de edad y de entre 26 a 35 años de edad.
2. Cuantificar el riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria en futbolistas profesionales y amateurs.
3. Identificar las actitudes alimentarias de riesgo que prevalecen en futbolistas de ambos grupos etarios.
4. Analizar la presión percibida por parte del entrenador respecto al peso corporal en futbolistas de ambos grupos etarios.
5. Describir las actitudes del entrenador por la que el futbolista percibe una presión respecto al peso corporal en jugadores de ambos grupos etarios.
6. Examinar la presión percibida por parte de sus compañeros respecto al peso corporal en futbolistas de ambos grupos etarios.
7. Cuantificar los futbolistas que cuentan con asesoría de un nutricionista grupal.
8. Identificar el riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria en futbolistas con y sin nutricionista grupal.
9. Identificar fluctuaciones en el peso del futbolista durante los últimos 12 meses en ambos grupos etarios.

## Operacionalización de variables

Se entiende por variable aquellas propiedades que pueden fluctuar y cuyo cambio es susceptible de observarse y medirse; cuentan con una diversa clasificación y se conceptualizan las utilizadas en el presente trabajo. Las variables cualitativas, son las que como su nombre lo indica, miden cualidades o atributos; estas variables cuentan con dos escalas, una nominal y otra ordinal, siendo la escala nominal la que no cuentan con un orden numérico determinado y la escala ordinal, que cuentan con un orden específico (42).

### Variables sociodemográficas

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultados</b>	<b>Forma de obtención de datos</b>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa discreta.	18 – 25 años. 26 – 35 años.	Cuestionario de propia elaboración.
<b>Tipo de práctica que realiza</b>	Carácter con el cual realiza la actividad deportiva la persona.	Cualitativa nominal.	Profesional. Amateur.	Cuestionario de propia elaboración.
<b>Domicilio</b>	Calle, número y piso donde vive una persona.	Cualitativa nominal.	GBA. CABA.	Cuestionario de propia elaboración.

### Variables de estudio

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultados</b>	<b>Forma de obtención de datos</b>
<b>Trastornos Alimentarios</b>	Conductas, actitudes y habilidades relacionadas a una constante preocupación por la imagen y el peso corporal, el miedo a engordar y pensamiento obsesivo en las comidas (12).	Cualitativa nominal.	CON RIESGO a padecer trastorno alimentario.  SIN RIESGO a padecer trastorno alimentario.	Escala EAT.26, Eating Attitudes Test o Test de actitudes alimentarias. Cuestionario auto administrado (43).
<b>Actitudes alimentarias</b>	Aquellos pensamientos, sentimientos, creencias y comportamientos relacionados a la alimentación, a la preocupación por la comida y al control oral (43).	Cualitativa nominal.	Puntaje total obtenido de cada actitud alimentaria de riesgo: <i>alimentación, preocupación por la comida o control oral</i> , en los jugadores que presentan riesgo a padecer TCA.	Escala EAT.26, Eating Attitudes Test o Test de actitudes alimentarias. Cuestionario auto administrado (43).

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultados</b>	<b>Forma de obtención de datos</b>
<b>Presión percibida respecto al peso corporal por parte del entrenador.</b>	Exigencia de mantener o tener cierto peso o imagen corporal por parte del entorno social (14).	Cualitativa nominal.	SI.  NO.	Cuestionario de presión percibida respecto al peso corporal (elaboración propia).
<b>Actitudes del entrenador</b>	Forma de comportarse y/o acciones del entrenador, frente al peso corporal del deportista.	Cualitativa nominal.	-Evaluación del peso corporal.  -Comentarios acerca del peso corporal.  -Sugerencia de realización de dietas.  -Exigencia aumentada en el entrenamiento.  -Método de entrenamiento diferenciado.	Cuestionario de presión percibida respecto al peso corporal (elaboración propia).

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultados</b>	<b>Forma de obtención de datos</b>
<b>Presión percibida respecto al peso corporal por parte de los compañeros</b>	Exigencia de mantener o tener cierto peso o imagen corporal por parte del entorno social (14).	Cualitativa nominal.	SI. NO.	Cuestionario de presión percibida respecto al peso corporal (elaboración propia).
<b>Presencia de Nutricionista grupal.</b>	Profesional de la salud experto en alimentación, nutrición y dietética. Promueve hábitos de vida saludables y realiza Educación Alimentaria Nutricional.	Cualitativa nominal.	SI. NO.	Cuestionario de presión percibida respecto al peso corporal (elaboración propia).
<b>Cambios en el peso corporal.</b>	Variaciones en el peso corporal del deportista.	Cualitativa nominal.	Aumento. Disminución. Ninguno.	Cuestionario de presión percibida respecto al peso corporal (elaboración propia).



## **Enfoque**

El enfoque fue cuantitativo, ya que se utilizó la toma de bases de datos numéricas y análisis correspondiente para comprobar teorías e hipótesis (42).

## **Alcance**

El alcance fue de tipo descriptivo, ya que se describieron situaciones y contextos, especificando las características y grupos de personas sometidos a la investigación; recolectando información y midiéndose (42).

## **Diseño de investigación**

El diseño del presente estudio ha sido no experimental, transversal o transaccional.

No experimental: porque los datos fueron recolectados tal como se encontraban en su contexto natural para su análisis, sin la manipulación intencionada de variables.

Transversal o transeccional: los datos se recolectaron en un solo momento, donde su propósito era describir los resultados y su repercusión de relación en ese mismo momento (42).

## **Unidad de muestra**

La unidad de muestreo implica los participantes, objetos, sucesos o colectividades de estudio, ligadas estrechamente al planteamiento y alcance de la investigación (42). Siendo entonces, la unidad de muestra del presente estudio, hombres que practiquen fútbol de manera amateur o profesional.

## **Población**

Se entiende como población al conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo particular en una investigación, haciendo referencia también, al

conjunto de casos que coinciden con determinadas especificaciones (42). A fin de poder determinarla, se aplicaron los criterios de selección; en tal sentido, la población estuvo formada por futbolistas de sexo masculino, amateurs y profesionales, de entre 18 y 35 años de edad, residentes en Argentina.

## **Muestra**

Se entiende como muestra a un subgrupo de la población que presenta la característica principal de ser representativo de la misma a fin de que los resultados puedan extrapolarse a la población (42). Habiendo sido entonces, la muestra del presente estudio, conformada por futbolistas de sexo masculino, amateurs y profesionales, de entre 18 y 35 años de edad, que residían en Gran Buenos Aires (GBA) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) al momento de la recolección de datos.

## **Tipo de muestreo**

En el presente estudio, el tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que la población seleccionada no dependió de la probabilidad, sino de las características de la investigación. Siendo esta característica una ventaja en el presente estudio donde se busca una cuidadosa y controlada elección de casos con características previamente especificadas (42). Esto implica que los resultados no podrán ser generalizados a la población.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de Inclusión**

- Futbolistas profesionales o amateurs.
- Sexo masculino.

- Lugar de residencia: GBA o CABA.
- Edad entre 18 a 35 años.
- Firma del consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión**

- Futbolistas en rehabilitación o recuperación por alguna lesión.
- Futbolistas con alguna patología.
- Futbolistas inactivos.

### **Criterios de Eliminación**

- Futbolistas que dejen en blanco el consentimiento informado.
- Dejen preguntas sin responder.
- Decidan retirarse del estudio.

### **Localización del estudio**

El presente trabajo de investigación, se llevó a cabo en futbolistas residentes en GBA y CABA, Argentina.

### **Aspectos éticos**

De acuerdo a las consideraciones éticas y formales para la recolección de datos, se envió a cada uno de los deportistas que formaron parte de la investigación un consentimiento informado (ANEXO 1), donde se detallaron los objetivos propuestos y el rol de cada uno de éstos en el estudio. Además, se les informó que la

participación en la misma era de manera voluntaria y anónima, reservando y protegiendo la integridad de cada persona, garantizando la confidencialidad y secreto estadístico, sin devolución de ningún juicio de valor de acuerdo a la información brindada. Asimismo, cada colaborador pudo retirarse u oponerse a participar de dicha investigación, cuando lo estimó conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

## **Métodos de recolección de datos**

Para realizar la recolección de datos, como primera instancia, se elaboró un formulario utilizando la herramienta Google Forms, se incluyó el consentimiento informado como condición obligatoria para la participación y preguntas para asegurar los criterios de selección pautados (ANEXO 2). Se utilizó el cuestionario Escala EAT-26 (ANEXO 3) para determinar o no el riesgo a presentar trastorno de la conducta alimentaria y el cuestionario de presión percibida por parte del entrenador y compañeros respecto al peso corporal (ANEXO 4) para su descripción.

Se realizó una prueba piloto con un  $n$  muestral de 5 (cinco) futbolistas, que permitió verificar la concordancia entre los resultados y los objetivos. Posteriormente, se eliminaron dichas respuestas y se procedió a la recolección de datos oficial difundiendo el cuestionario a través de las redes sociales Facebook e Instagram mediante la selección de personas que se ajustaban a la población, se utilizó también la aplicación de WhatsApp como medio de difusión. Se alcanzó un  $n$  muestral de 216 futbolistas, que posteriormente se vió reducido por no cumplir con las características necesarias para la participación 17 de los voluntarios, quedando el presente estudio conformado con un  $n$  muestral de 199 colaboradores.

## Análisis estadístico

Una vez recolectados los datos, el procedimiento para tabulación y análisis de datos se llevó a cabo a través del programa *Microsoft Excel 2019*, con el objetivo de analizar las variables en estudio.

Para el análisis descriptivo se organizaron los datos en tablas de frecuencias, en media, mediana y moda. Se entiende como distribución de frecuencias al conjunto de puntuaciones respecto de una variable ordenadas en sus respectivas categorías, la cual se utiliza para facilitar el análisis de los datos. Esta se puede clasificar en:

- **Frecuencia absoluta:** señala la cantidad de puntaje que quedan por debajo del límite real superior de cada intervalo;
- **Frecuencia porcentual:** expresa el porcentaje de puntajes que quedan por debajo del límite real superior de cada intervalo;
- **Frecuencia relativa:** indica la proporción del número total de porcentajes que se incluyen en cada intervalo.

Asimismo, las medidas de tendencia central son aquellos puntos en una distribución obtenida, los valores medios o centrales de la misma, ayudando de esta manera, a ubicarla dentro de la escala de medición de la variable analizada. Las principales medidas de tendencia central son:

- **Media:** es la medida de tendencia central más utilizada; la misma se calcula a través de la sumatoria de la totalidad de los datos, multiplicada entre los números de sucesos;
- **Mediana:** es la división de los casos en la mitad;
- **Moda:** la cantidad de casos que sucede frecuentemente (42) (44).

Para la obtención de los resultados de la variable “trastornos alimentarios”, se realizó la valorización y obtención del puntaje total, contabilizando las preguntas de la siguiente manera: del ítem 1 al 24, en conjunto con el 26, se concluyó que las respuestas “nunca, raramente y algunas veces” obtengan 0 (cero) puntos, que “a menudo” valga 1 (uno) punto, el “muy a menudo” 2 (dos) puntos y que “siempre” 3

(tres) puntos; en cambio el ítem 25, se calculó que “siempre, muy a menudo y a menudo” valgan 0 (cero) puntos, el “a veces” 1 (uno) punto, “raramente” 2 (dos) puntos y “nunca” con 3 (tres) puntos. Del total de puntos, que varía entre 0 y 78 puntos, se determina a la persona CON RIESGO a padecer trastorno alimentario, cuando el puntaje es igual o superior a 20 puntos y SIN RIESGO a padecer trastorno alimentario, cuando el puntaje es menor de 20 puntos (45).

Para la variable “actitudes alimentarias”, los resultados se obtuvieron de las tres dimensiones con sus respectivos ítems del cuestionario EAT-26; la dieta: el de omitir o evitar comidas que engordan y la preocupación por el bajo peso (alimentación): ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; las conductas de la bulimia (preocupación por la comida): ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y el autocontrol en las comidas y la presión de aumentar el peso corporal captado por parte de otras personas (control oral): ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

Para la variable “presión percibida respecto al peso corporal por parte del entrenador”, se llevó a cabo a través de la pregunta número 1 (uno) del “Cuestionario de presión percibida por parte del entrenador respecto al peso corporal” de elaboración propia, con respuesta a SI o NO de la percepción, las demás preguntas (del N° 2 al 7), fueron utilizadas para describir la variable “actitudes del entrenador” hacia la presión percibida. Para determinar la “presencia de un nutricionista grupal” se utilizó la pregunta número 8 (ocho), con respuesta a SI o NO de la presencia de dicho profesional en el equipo. Con el mismo instrumento se midió la variable “presión percibida respecto al peso corporal por parte de los compañeros” con la pregunta N° 9, con respuesta a SI o NO de la percepción; y la variable “fluctuaciones en el peso”, con la pregunta N° 10 donde se evalúa con las respuestas “aumento, disminución o ninguno”.

## Resultados

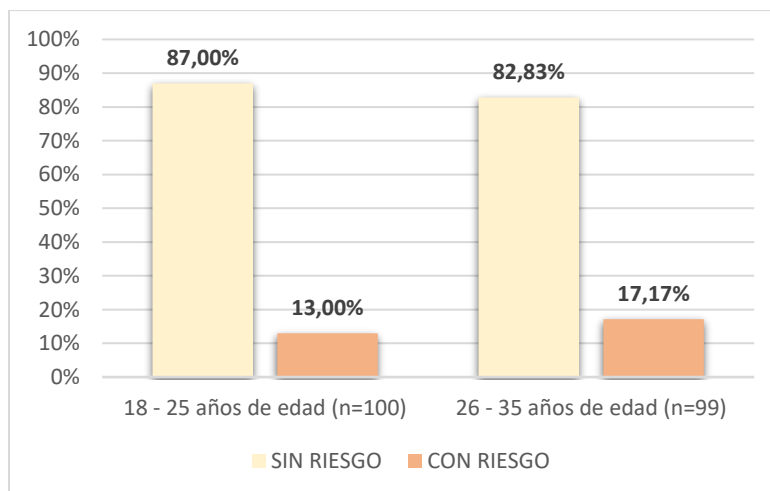
La población accesible que cumplió con los criterios de inclusión estuvo conformada por un total de 199 colaboradores, de los cuales un 50,25% correspondieron a futbolistas de entre 18 y 25 años de edad (n=100), siendo el restante 49,75% futbolistas de 26 a 35 años de edad (n=99). Del total de ellos, encontramos su distribución por categoría profesional o amateur en la tabla 1.

*Tabla 1. Distribución de la muestra por tipo de categoría en la que participa.*

<b>Categoría</b>	<b>FA</b>	<b>%</b>
Profesional	71	35,68%
Amateur	128	64,32%
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100,00%</b>

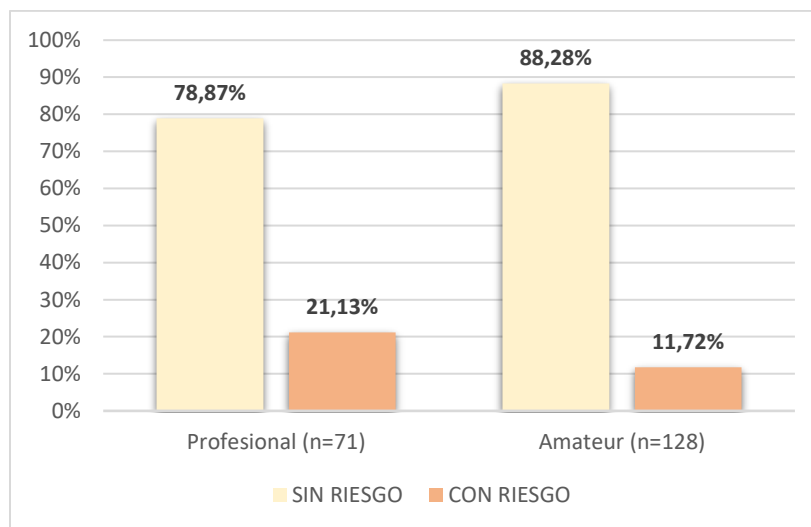
Tomando la totalidad de la muestra, es decir profesionales y amateurs, los más jóvenes, de entre 18 a 25 años de edad, presentaron menor riesgo a padecer trastorno alimentario, respecto a los futbolistas de entre 26 a 35 años de edad, tal como se evidencia en el gráfico 1.

*Gráfico 1. Riesgo a padecer TCA en futbolistas de acuerdo con su rango etario.*



Entre los profesionales, la probabilidad de padecer trastorno alimentario, fue del 21%; porcentaje mayor que los amateurs, que presentaron un riesgo del 12%.

*Gráfico 2. Riesgo a padecer TCA en futbolistas según su carácter de profesional.*



Las actitudes alimentarias de riesgo que prevalecieron entre los futbolistas con riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria, según el análisis de resultados en las tres dimensiones que dentro del EAT-26 se incluyen, han mostrado dentro de la variable de la dieta, la cual contempla el omitir o evitar comidas que engordan y la preocupación por el bajo peso, que el 33,6% se encontraba con respuestas como nunca, raramente y sólo algunas veces, un 37,94% a menudo o muy a menudo y un 28,46% para quienes siempre omiten o evitan las comidas que engorden y están muy preocupados por su peso. Las conductas con mayor prevalencia dentro de la variable han sido la práctica de mucho ejercicio físico para quemar calorías y la preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo.



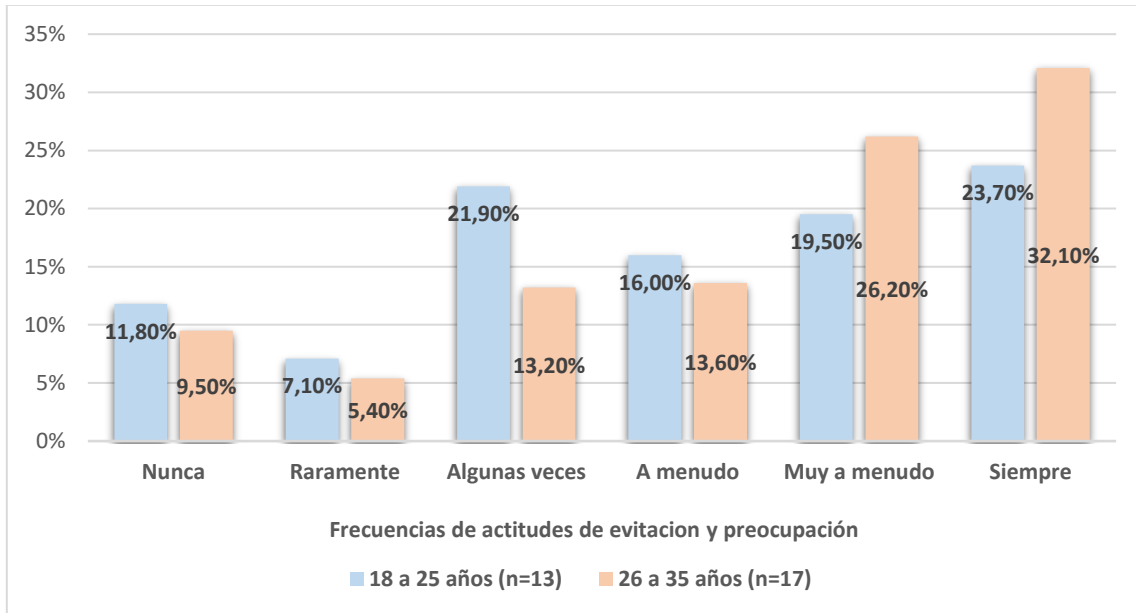
*Tabla 2. Actitudes alimentarias de omisión o evitación de comidas que engordan y preocupación por el bajo peso en futbolistas con riesgo de TCA (n=30).*

Categoría	EAT-1	EAT-6	EAT-7	EAT-10	EAT-11	EAT-12	EAT-14	EAT-16	EAT-17	EAT-22	EAT-23	EAT-24	EAT-25	Promedio
Nunca	13,30%	3,30%	6,70%	19,00%	12,00%	0%	6,60%	5,00%	0%	20%	3,00%	42,00%	0%	10,07%
Raramente	10,00%	7,70%	0%	10,00%	6,70%	0%	0%	6,70%	6,70%	3,30%	3,00%	16,70%	10%	6,12%
Algunas veces	13,30%	13,00%	26,70%	33,30%	16,70%	6,70%	0%	20,00%	10%	30%	11%	20,00%	20,00%	16,95%
A menudo	16,70%	12,60%	23,30%	16,70%	15,20%	10,00%	20,00%	13,00%	20%	10%	13,30%	6,70%	16,30%	14,81%
Muy a menudo	20,00%	26,70%	36,70%	14,30%	23,00%	26,50%	26,70%	32,00%	43,30%	13,30%	26,70%	0%	16,70%	23,53%
Siempre	26,70%	40,00%	6,60%	6,70%	26,40%	56,70%	46,70%	23,30%	20,00%	23,30%	43,30%	14,60%	36,70%	28,52%
<b>Total</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dentro de esta misma variable, dividiendo la muestra según los dos grupos de edades, se ha observado que, dentro del grupo de 18 a 25 años, el porcentaje de respuestas como nunca, raramente y sólo algunas veces, fue levemente mayor al promedio del total de muestra con riesgo de TCA con un 40,8%, dejando un 35,5% a menudo o muy a menudo y un 23,7% para quienes siempre omiten o evitan las comidas que engorden y están muy preocupados por su peso.

En el grupo etario mayor, se observó que, el porcentaje de respuestas “nunca” es menor comparado con los menores, aun así, contemplando conjuntamente con raramente y sólo algunas veces, con un 28,1%, dejando un 39,8% a menudo o muy a menudo y un 32,1% para quienes siempre omiten o evitan las comidas que engorden y están muy preocupados por su peso.

Gráfico 3. Distribución de frecuencia de las actitudes relacionadas a la evitación de comidas que engordan y preocupación por el peso corporal en futbolistas con riesgo de TCA según su edad (n=30).



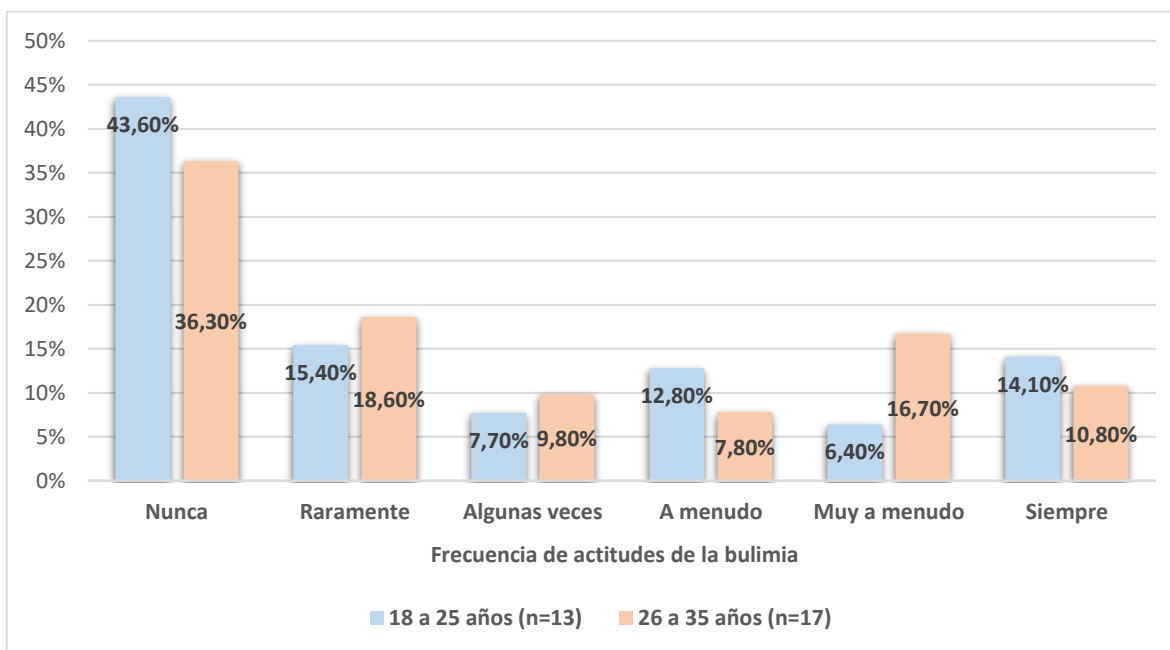
Dentro de las actitudes de preocupación por la comida, que evalúan las conductas de la bulimia dentro del EAT-26, puede afirmarse que, en general, el 39,43% de la muestra con riesgo de TCA nunca las ha tenido, a lo cual debe agregarse un 26,15% que raramente o sólo algunas, dejando un 22,20% a menudo y muy a menudo, y un 12,22% para aquellos que siempre presentan conductas asociadas con bulimia, siendo las más destacadas la gran preocupación por la comida y el sentimiento de que los alimentos controlan su vida.

Tomando los dos grupos etarios de interés, se observó que, a medida que aumenta la edad, también aumentan muchas de las conductas relacionadas con la bulimia. Los casos de “muy a menudo” y “siempre” que pasan de 20,5% en los más jóvenes a 27,5% en los mayores.

Tabla 3. Actitudes alimentarias asociadas a la bulimia en futbolistas con riesgo de TCA (n=30).

Categoría	EAT - 3	EAT - 4	EAT - 9	EAT - 18	EAT - 21	EAT - 26	Promedio
Nunca	3,30%	26,70%	86,70%	23,30%	13,30%	83,30%	39,43%
Raramente	0,00%	33,30%	10,00%	23,30%	23,30%	13,30%	17,20%
Algunas veces	3,30%	16,70%	0,00%	20,00%	10,00%	3,70%	8,95%
A menudo	20,00%	6,70%	0,00%	3,30%	30,00%	0,00%	10,00%
Muy a menudo	33,30%	13,30%	3,30%	13,30%	10,00%	0,00%	12,20%
Siempre	40,00%	3,30%	0,00%	16,70%	13,30%	0,00%	12,22%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Gráfico 4. Distribución de frecuencia de las actitudes asociadas a la bulimia en futbolistas con riesgo de TCA según su edad (n=30).



El autocontrol en las comidas, así como la presión por parte de las otras personas, es la última de las variables para medir las actitudes alimentarias de la muestra. En este caso, se ha observado que, en promedio, el 62,39% nunca, raramente o

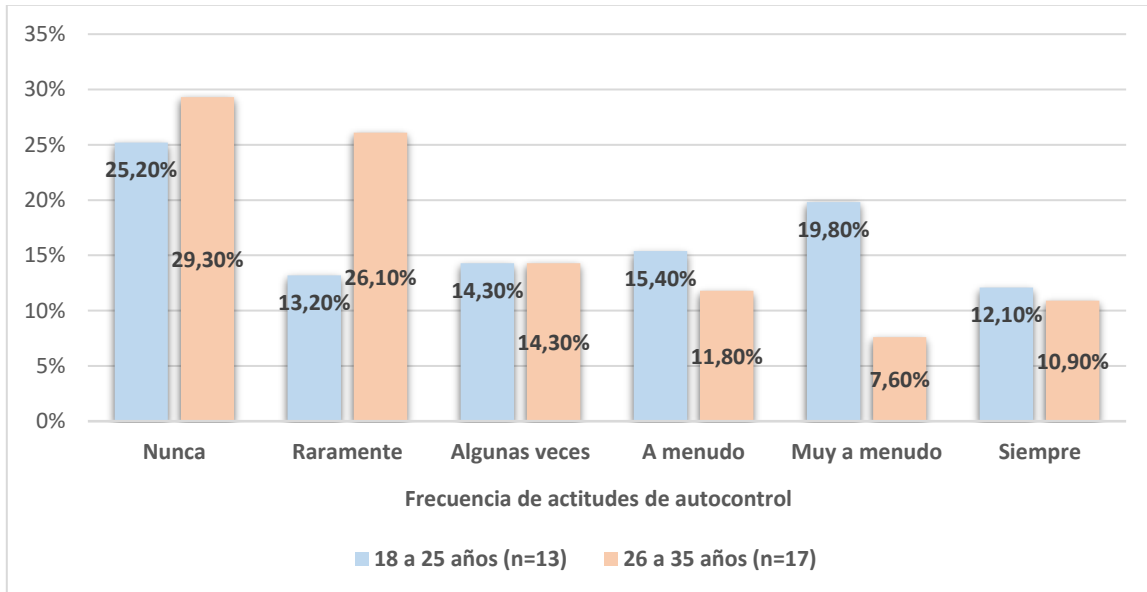
algunas veces ha padecido este problema, y un 37,63% a menudo, muy a menudo o siempre. Siendo el control en las comidas la conducta más dada.

*Tabla 4. Actitudes alimentarias de autocontrol y presión del entorno por el peso corporal en futbolistas con riesgo de TCA (n=30).*

Categoría	EAT - 2	EAT - 5	EAT - 8	EAT - 13	EAT - 15	EAT - 19	EAT - 20	Promedio
Nunca	33,30%	10,00%	33,30%	26,70%	33,20%	0,00%	56,70%	27,60%
Raramente	20,00%	16,70%	30,00%	30,00%	20,00%	6,70%	20,00%	20,49%
Algunas veces	10,00%	26,70%	13,30%	10,00%	10,00%	16,70%	13,30%	14,30%
A menudo	20,00%	16,70%	3,30%	16,70%	10,00%	20,00%	6,70%	13,34%
Muy a menudo	6,70%	20,00%	10,00%	10,00%	13,30%	26,70%	3,30%	12,86%
Siempre	10,00%	10,00%	10,00%	6,70%	13,30%	30,00%	0,00%	11,43%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

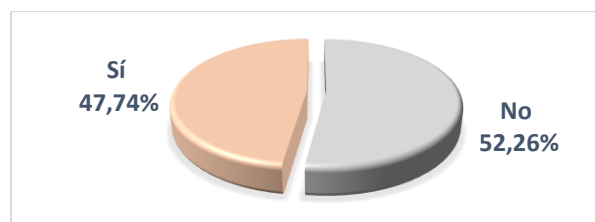
En relación con el rango etario, se observó que a medida que aumenta la edad, en promedio, son más las personas que se inclinan hacia el nunca, raramente o algunas veces, bajando de 31,9% a 18,5% los que tienen dichas actitudes siempre, o muy a menudo. Si bien no pudieron establecerse diferencias significativas, sí se observó una tendencia hacia mejores conductas con el paso de la edad.

Gráfico 5. Distribución de frecuencia de las actitudes alimentarias de autocontrol y presión del entorno por el peso corporal en futbolistas con riesgo de TCA según su edad (n=30).



Considerando la totalidad de la muestra, es decir, jugadores con y sin riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, se observó que el 47,74% percibían exigencia por parte del entrenador para mantener un cierto peso o imagen corporal, contra un 52,26% que no lo hacían. A su vez, analizando los grupos etarios de manera independiente, se observó que los más jóvenes fueron quienes sentían una mayor presión por parte del entrenador en comparación a los mayores.

Gráfico 6. Percepción de la exigencia del entrenador por parte de los jugadores (Total muestra n=199).



*Tabla 5. Presión percibida por los jugadores de entre 18 a 25 años de edad por parte de su entrenador (n=100).*

<b>Categoría</b>	<b>FA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
No	47	0,470	47,00%
Sí	53	0,530	53,00%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

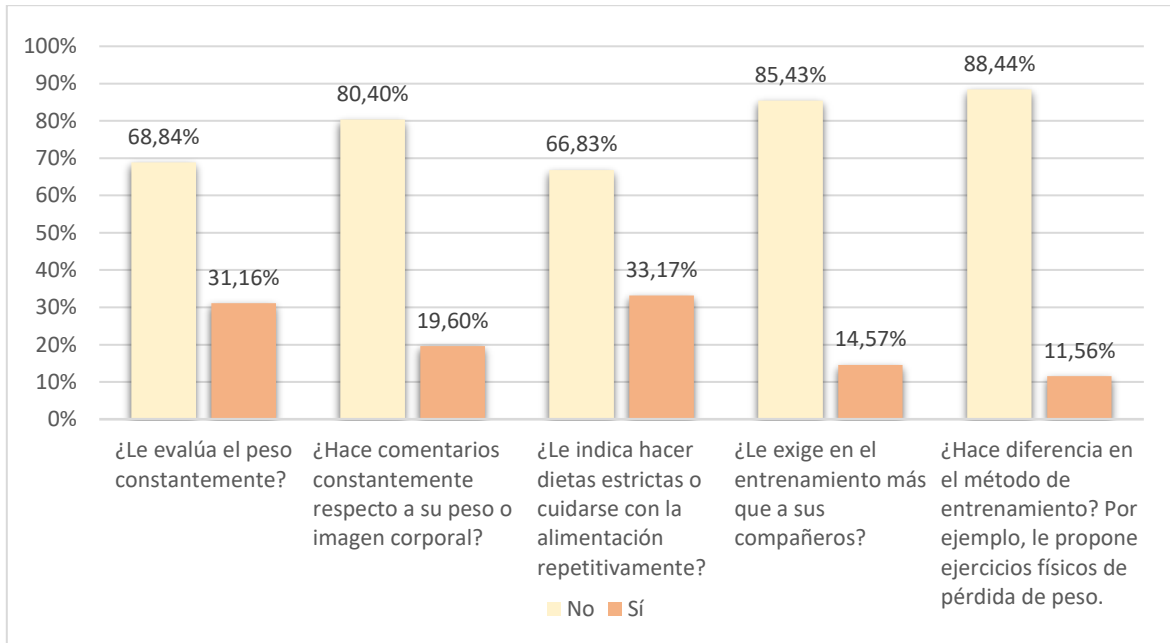
*Tabla 6. Presión percibida por los jugadores de entre 26 a 35 años de edad por parte de su entrenador (n=99).*

<b>Categoría</b>	<b>FA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
No	57	0,576	57,58%
Sí	42	0,424	42,42%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

Las actitudes del entrenador por las que los futbolistas percibían presión respecto al peso corporal, fueron analizadas a través de cinco preguntas, cuyos resultados se observan en el gráfico 7. Siendo la indicación de hacer dietas estrictas o cuidarse con la alimentación la conducta más utilizada, seguida de la evaluación constante del peso y comentarios alusivos al peso o imagen corporal respectivamente, dejando por debajo la exigencia extra en el entrenamiento y el método utilizado.

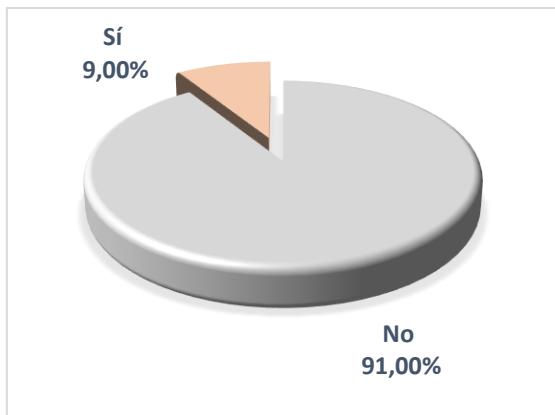
A medida que aumenta la edad, se observó, en los futbolistas de la muestra, una menor dependencia hacia la opinión del entrenador. La única de las variables de este grupo, donde el “sí” aumentaba con la edad, fue la relacionada al tipo de entrenamiento y el tipo de ejercicios.

**Gráfico 7. Actitudes del entrenador por la que el futbolista percibe una presión respecto al peso corporal (Total Muestra n=199)**

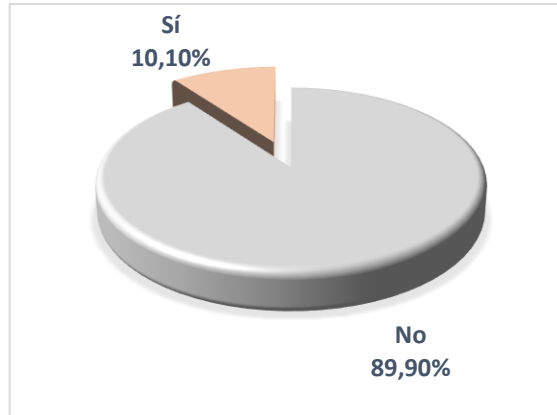


En relación a la presión percibida por parte de sus compañeros respecto al peso corporal en futbolistas de ambos grupos etarios, se ha visto que sólo el 9,55% se sentía presionado por sus pares y no se evidenciaron diferencias cuando se analizó este tipo de presión según las diferentes edades, donde se mantuvieron prácticamente, los mismos resultados.

**Gráfico 8. Presión por parte de pares 18 a 25 años (n=100)**



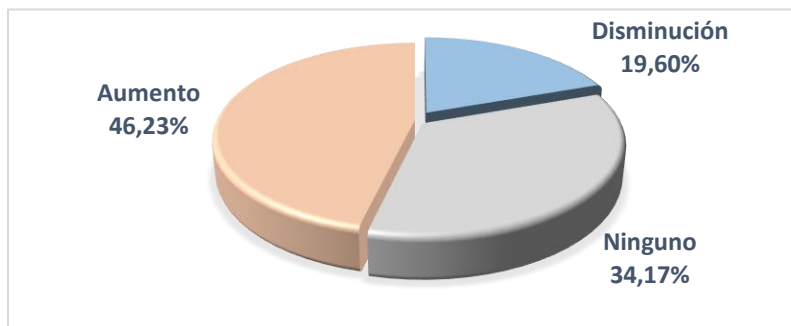
**Gráfico 9. Presión por parte de pares 26 a 35 años (n=99)**



Se observó que, en general, un 64,32% de los futbolistas no contaban con nutricionista grupal, siendo minoría los que sí tenían con un 35,68%. Entre los futbolistas sin asesoría nutricional (n=128), se ha visto que el 13,28% presentaba riesgo de TCA según el EAT-26, mientras que, entre los futbolistas con seguimiento de un nutricionista (n=71), los que presentaban riesgo constituían un 18,31%.

Las variaciones en el peso de los futbolistas durante los últimos 12 meses en ambos grupos etarios pueden observarse en el gráfico 10.

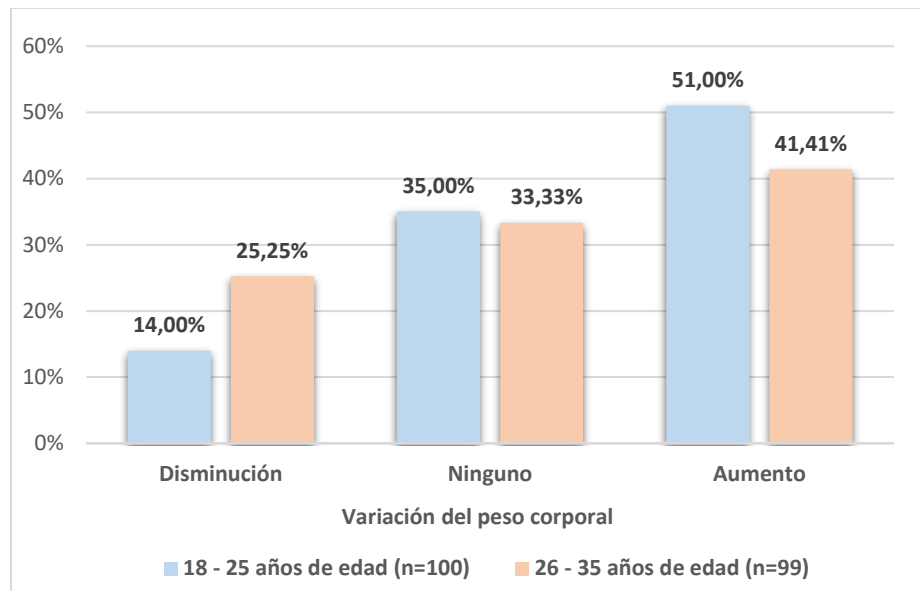
*Gráfico 10. Fluctuaciones en el peso del futbolista durante los últimos 12 meses (Total muestra n=199)*



Comparando los grupos etarios, se observó que fueron los futbolistas de entre 18 a 25 años quienes presentaron más aumento de peso, comparado con los de mayor edad. Resultados opuestos se encontraron en la disminución del peso corporal, donde fueron los jugadores entre 26 a 35 años los que presentaron mayor variación. Mientras que en los casos anteriores la variabilidad rondaba el 10%, la diferencia entre los grupos en cuanto al mantenimiento del peso corporal fue de solo 1,67%, con mayores valores para los más jóvenes.



Gráfico 11. Fluctuaciones en el peso del futbolista durante los últimos 12 meses por rango etario.



En ninguno de los casos, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos según el grupo etario, es decir, que las variables no dependen de la edad, a pesar de ello, se observaron ciertas diferencias a destacar:

1. Los más jóvenes, (entre 18 a 25 años de edad) presentaron un 13% de riesgo de padecer trastorno alimentario, porcentaje menor al de los mayores, (entre 26 a 35 años de edad), quienes mostraron un riesgo del 17%.
2. En relación a la actitud alimentaria y lo que a la variable “dieta” respecta, se ha visto que dentro del grupo etario menor predominaron las respuestas como nunca, raramente o algunas veces, con un 41%, mientras que en el grupo etario mayor, se reducía al 28%, aumentando la frecuencia de a menudo y muy a menudo un 4,5% respecto los menores, y en el caso de siempre, aumentando un 8% en el grupo etario mayor, alcanzando un 32% quienes siempre omiten o evitan las comidas que engorden y están muy preocupados por su peso.

3. Se ha visto que a medida que aumenta la edad, también aumentan muchas de las conductas relacionadas con la bulimia. Los casos de “muy a menudo” y “siempre” pasaron de 20,5% en los más jóvenes a 27,5% en los mayores.
4. En la última de la variable de la dieta, que fue la “preocupación por la comida”, se observaron también tendencias hacia mejores conductas con el paso de la edad, aumentando el promedio de respuestas nunca de un 25% en los más jóvenes a un 29% en los mayores.
5. Los más jóvenes mostraron sentir mayor presión por parte del entrenador que los mayores (53% contra 42%).
6. En general, en ambos grupos sólo el 10% se sentía presionado por sus pares.
7. Entre los profesionales, la probabilidad de padecer trastorno alimentario, fue del 21%; porcentaje mayor que los amateurs, que tuvieron un riesgo del 12%.
8. Se ha detectado mayor prevalencia entre aquellos que contaban con nutricionista grupal, respecto de quienes no poseían.

## Discusión

Como aspecto novedoso de este tema es que, por lo general, los estudios de trastornos alimentarios tienden a utilizar en su mayoría a mujeres, las cuales, de acuerdo con la mayoría de las investigaciones, serían quienes presentan mayor incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario que los hombres.

Por ello, es que debe analizarse en mayor medida a los hombres, dado que, en la actualidad, también se observa que son propensos a sufrir problemas de trastornos en la alimentación.

Comparando los resultados obtenidos con otros similares, mencionados en el estado de arte, no coincide con los resultados de Brito (2019), en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, los cuales revelaron que un 96% de la muestra presentaba riesgo de desarrollar trastorno alimentario. En este caso, los más jóvenes, de entre 18 a 25 años de edad tienen un 13% de padecer trastorno alimentario y los mayores, tienen un riesgo del 17% (37).

El mismo estudio mostraba que un 11% presentaba bulimia y el 38% manifestó obsesión por la delgadez. En esta muestra un 70% se encontraba muy alejado de padecer dichos trastornos, y concretamente, ante la bulimia, sólo el 5% reconoció padecerla.

En el estudio de Díaz Ceballos, Ramírez Molina, Navarrón Vallejos y Godoy Izquierdo (2019), los resultados en relación a los entrenadores, mostraron que el 37,6% consideraba que sus atletas al pesar menos, eran mejores en el deporte; el 70,2% pensaba que al subir de peso sus deportistas, bajarían el rendimiento; el 66,1% manifestó preocupación por el peso ideal y el 44,1% declararon exigir para las competencias un peso adecuado. En esta muestra, para el 52% el entrenador le exigía mantener un cierto peso o imagen corporal, al 68% su entrenador, le evaluaba el peso constantemente, al 66% le indicaba hacer dietas estrictas o cuidarse con la alimentación repetitivamente y sólo un 11% sentía que el entrenador le proponía ejercicios físicos de pérdida de peso (38).

La fortaleza de este estudio es que puede tomarse como referente a la población de futbolistas, ya que se demostró que no existen diferencias significativas entre profesionales o amateurs, mientras que la principal limitación del estudio fue que la toma de muestra no fue presencial, sino que se realizó a través de Google forms.

En cuanto a las siguientes investigaciones, se destaca que, la edad influye cada vez menos, demostrando que tanto la familia, como el entorno y grupo de amigos, son condicionantes que favorecen el desarrollo de conductas de riesgo y es allí donde se debe profundizar.

Se hace necesario seguir investigando y explotando la información obtenida por este estudio y por otros, de manera de poder avanzar en la comprensión de los motivos que provocan los trastornos alimenticios. También debería incluirse el colectivo homosexual, quienes también demuestran el trastorno por la insatisfacción hacia su cuerpo, que muchas veces se traduce en problemas alimentarios como atracones, bulimia, y otros.

## **Conclusión**

Se determinó que, en la muestra existen sin riesgo de padecer trastornos alimenticios 169 personas, que representan el 84,92% y con riesgo, 30 personas, que representan el 15,08%

También se demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas edades y tampoco en relación a la práctica amateur o profesional. Por lo tanto, como se mencionó previamente, son factores como la familia, el entorno y grupo de amigos los condicionantes donde se debe profundizar.

También se analizó la importancia que tiene para los jóvenes la actitud de su entrenador, donde, en el caso de los más jóvenes, aún la influencia fue mayor. Por ello, también éste es un aspecto donde la comunidad educativa y las familias deben prestar atención.

## Bibliografía

1. ALUBA. [Online]. [cited 2021 Abril 9. Available from: <https://aluba.org.ar/tca/que-son>.
2. Thomas JJ, Mickley DW, Derene JL, Klibanski A, Murray HB, Eddy KT. SNC Pharma. [Online].: SNC Pharma; 2017-2018 [cited 2021 abril 16. Available from: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/11/37.-Trastornos-de-la-conducta-alimentaria.pdf>.
3. Dosil Díaz J, Díaz Caballos I, Viñolas Ramisa A, Díaz Fernández O. Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD). CPD. 2012 junio; 12(1).
4. Asociación TCA Aragón. TCA Aragón. [Online].; 2020 [cited 2021 abril 13. Available from: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>.
5. Duarte JM, Mendieta Zartón H. Trastornos de la conducta alimentaria. Problemas de salud pública. Inteligencia epidemiológica. 2019;; p. 33-38.
6. Gobierno de la Nación Argentina. Ley 26.396. Trastornos Alimentarios. 2008 septiembre 03..
7. Ministerio de la Salud Argentina. Epidemiología. [Online]. Buenos Aires; s.f. [cited 2021 abril 15. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>.
8. Quiroga S. Encrucijadas, Universidad de Buenos Aires. [Online].; s.f. [cited 2021 abril 16. Available from: <http://www.uba.ar/encrucijadas/46/sumario/enc46-trastornosalimenticios.php#:~:text=En%20la%20Argentina%2C%20entre%20el,mujeres%20y%20el%2010%25%20varones>.

9. Gargiulo Á. Trastornos alimenticios: es la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes. Minuto 1. 2020 junio 02.
10. Tobal M, Días M, Arce L. Trastornos de la Conducta Alimentaria en deporte: anorexia y bulimia nerviosa. R.E.M.E. ; 5(11-12).
11. American Psychological Association. American Psychological Association. [Online].; 2020 [cited 2021 Abril 09. Available from: <https://www.apa.org/>.
12. Serra Alí M. Los trastornos de la conducta alimentaria Barcelona: Editorial UOC; 2015.
13. Clínic Barcelona. Clínic Barcelona Hospital Universitari. [Online].; 2021 [cited 2021 abril 09. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>.
14. National Eating Disorders Association. NEDA Feeding hope. [Online].; 2018 [cited 2021 abril 13. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio>.
15. Milena Casadiego A. Clínica Universidad de La Sabana. [Online].; s.f. [cited 28 abril 04. Available from: <https://www.clinicaunisabana.edu.co/pacientes/educacionalpaciente/articulos-de-educacion/psicologia/trastornos-alimenticios/#:~:text=Existen%20varios%20factores%2C%20entre%20los,relaciones%20personales%20y%20familiares%2C%20la>.
16. Portela de Santana ML, H. DCRJ, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr. Hosp. 2012 marzo-abril; 27(2).
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5th ed. Madrid: Médica panamericana; 2014.

18. Attia E, Walsh T. Manual MERCK, Versión para público en general. [Online].; 2020 [cited 2021 abril 15. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/pica>.
19. Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Mayo Clinic. [Online].; s.f. [cited 2021 abril 15. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rumination-syndrome/symptoms-causes/syc-20377330>.
20. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo Á. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. AMF. 2019; 15(1): p. 4-14.
21. Attia E, Walsh T. Manual MSD, Versión para público en general. [Online].: ELSEVIER; 2020 [cited 2021 abril 15. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-evitaci%C3%B3n-restricci%C3%B3n-de-la-ingesta-de-alimentos>.
22. Robin Rica M. Instituto Centta. [Online].; s.f. [cited 2021 abril 28. Available from: <https://centta.es/articulos-propios/los-tca-en-el-nuevo-dsm-v-vol-i-anorexia-nerviosa>.
23. Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. 2014; 52(1): p. 22-33.
24. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Diaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Rev. Mex. de trastor. aliment. 2015 jul./dic.; 6(2).
25. Garner DM. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.nyeatingdisorders.org/pdf/EAT-26IntpretScoring-Test-3-20-10.pdf>.



26. Ibarra Angulo CE. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Online].; s.f. [cited 2021 abril 28. Available from: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n5/m15.html>.
27. Pérez Triviño J.L. Ética y deporte..
28. Deportes prácticos Y.C. Deportes prácticos Y.C. [Online].; s.f. [cited 2021 abril 30. Available from: <https://deportespracticosyc.wordpress.com/los-deportes-de-conjunto/>.
29. Tapia Flores A, Hernández Mendo A. Fútbol: concepto e investigación. EFDeportes.com. 2010 noviembre; 15(148).
30. Real Academia Española (RAE). [Diccionarios electrónico].; s.f. [cited 2021 mayo 03. Available from: <https://dle.rae.es/futbolista>.
31. FIFA. Portal de agentes de futbol. [Online]. [cited 2021 mayo 03. Available from: <https://www.agentesfifa.net/c%C3%B3mo-ser-futbolista-profesional/>.
32. Sports Management. Servicios para futbolistas. [Online].; s.f. [cited 2021 mayo 03. Available from: <https://listadodejugadoresdefutbol.jimdofree.com/servicios-para-jugadores-de-f%C3%BAtbol/jugador-amateur/>.
33. Villar MA. ENDEP. [Online]. [cited 2021 mayo 04. Available from: [http://www.endep.com.ar/index.php?option=com\\_content&task=view&id=24&Itemid=36](http://www.endep.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=36).
34. Idoate G. Mis entrenamientos del futbol. [Online].; s.f. [cited 2021 mayo 04. Available from: <https://www.misentrenamientosdefutbol.com/diccionario/jugador-de-futbol#:~:text=El%20futbolista%20tiene%20que%20tener,el%20equilibrio%20y%20la%20agilidad>.
35. Weineck J. Fútbol total: Entrenamiento físico del futbolista: Paidotribo; 2017.

36. Acadef. Acadef. [Online].; 2020 [cited 2021 mayo 04. Available from: <https://www.acadef.es/beneficios-de-jugar-al-futbol/>.
37. Brito AD. Estado nutricional, consumo de hidratos de carbono y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadoras adolescentes de 14 a 21 años de hockey sobre césped amateur del Club “Liceo Militar” en Buenos Aires, Argentina. Tesis de grado. Buenos Aires: Universidad Uisalud; 2019.
38. Díaz Caballos I, Ramirez Molina MJ, Navarro Vallejo E, Godoy Izquierdo D. Creencias, actitudes y conductas de riesgo de entrenadores en relación con el peso de sus deportistas: un estudio descriptivo. *Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*. 2019 Diciembre; 4(2): p. 11-18.
39. Tabares Olmedilla S. Efectos del ejercicio físico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*. 2020 marzo; 31(115): p. 97-113.
40. Ventura C, Teixidor C. Loles Vives. [Online].; 2021 [cited 2021 mayo 10.
41. Holm-Denoma JM, Scaringi V, Gordon KH, Van Orden KA, Joines Jr TE. Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *Int. J. Eat Disord*. 2009 enero; 42(1): p. 47-53.
42. Hernández Sampieri R, Fernández CC, Batista Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed.: McGRAW-HILL; 2014.
43. Ruiz Lázaro P. *JeM2*, 4234-7 1(. *MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA*. *Medicine*. 2010; 10(61): p. 4234-7.
44. Spiegel MR, Stephens LJ. Estadística. 4th ed.; 2009.
45. Graner DM. Eating attitudes test (EAT.26): Scoring and Interpretation. ; s.f.

## Anexos

### ANEXO 1: Consentimiento informado

Estimado/a:

Mediante el presente documento es usted invitado a participar de un estudio de investigación titulado “Trastornos de la conducta alimentaria y deportes de grupo” a cargo de la alumna Block Granda, Anneris Maia, D.N.I.: 34.338.375, estudiante de la carrera de Licenciatura en Nutrición, dependiente de la Universidad Isalud, con el fin de obtener el título de grado correspondiente a la carrera.

Para llevar a cabo el estudio resulta primordial que usted acepte la participación, la cual constará de un cuestionario que incluye el Test de Actitudes Alimentarias (EAT.26), el cual mide comportamientos frente a los alimentos y el de presión respecto al peso corporal, el cual mide la percepción de presión de mantener un cierto peso corporal.

Es importante aclarar que en cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se garantiza la confidencialidad de la información obtenida y que los resultados serán presentados en la investigación de manera anónima. Usted presenta la total libertad de oponerse a participar del presente trabajo o darse de baja en cualquier momento sin necesidad de justificación alguna.

El presente estudio no representa daños previsibles para el participante. Su participación no aporta beneficios directos, pero servirá para brindar información que permita argumentar la problemática y mejorar el abordaje de personas con TCA.

#### **Acta de acuerdo**

Certifico que he leído la presente nota y acepto la participación en el presente estudio de manera consciente y voluntaria, aportando los datos necesarios de forma activa, autorizando a la utilización de los datos brindados para su análisis.

## **ANEXO 2: Preguntas para determinar inclusión o exclusión.**

1. ¿Reside usted en el Gran Buenos Aires o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

**SI**  **NO**

2. ¿Se encuentra actualmente inactivo por rehabilitación o recuperación por alguna lesión?

**SI**  **NO**

3. ¿Presenta alguna patología crónica o aguda?

**SI**  **NO**

4. Indique el grupo etario al que pertenece:

**18 - 25 años**  **26 - 35 años**  **Otro**

5. Tipo de práctica que realiza:

**Profesional**  **Amateur**

### ANEXO 3: Test de actitudes alimentarias EAT-26

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1. Le da mucho miedo pesar demasiado						
2. Procura no comer, aunque tenga hambre						
3. Se preocupa mucho por la comida						
4. Se ha "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corta sus alimentos en trozos pequeños						
6. Tiene en cuenta las calorías que tienen los alimentos que come						
7. Evita, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)						
8. Nota que los demás preferirían que usted comiese más						
9. Vomita después de haber comido						
10. Se siente muy culpable después de comer						
11. Le preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Hace mucho ejercicio para quemar calorías						
13. Los demás piensan que está demasiado delgado/a						
14. Le preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tarda en comer más que las otras personas						
16. Procura no comer alimentos con azúcar						
17. Come alimentos de régimen						
18. Siente que los alimentos controlan su vida						
19. Se controla en las comidas						
20. Nota que los demás lo presionan para que coma						
21. Pasa demasiado tiempo pensando y ocupándose de la comida						
22. Se siente incómodo/a después de comer dulces						
23. Se compromete a hacer régimen						
24. Le gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruta probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tiene ganas de vomitar después de las comidas						

## ANEXO 4: Presión percibida respecto al peso corporal

1. Su entrenador, ¿le exige mantener un cierto peso o imagen corporal?

SI  NO

2. Su entrenador, ¿le evalúa el peso corporal constantemente?

SI  NO

3. Su entrenador, ¿hace comentarios constantemente respecto a su peso o imagen corporal?

SI  NO

4. Su entrenador, ¿le indica hacer dietas estrictas o cuidarse con la alimentación repetitivamente?

SI  NO

5. Su entrenador, ¿le exige en el entrenamiento más que a sus compañeros?

SI  NO

6. Su entrenador, ¿hace diferencia en el método de entrenamiento? Por ejemplo, le propone ejercicios físicos de pérdida de peso.

SI  NO

7. ¿Cuentan con un nutricionista grupal?

SI  NO

8. ¿Siente exigencia por parte de sus compañeros respecto a su peso?

SI  NO

9. ¿Ha tenido variaciones en el peso durante el último año?

Aumento  Disminución  Ninguno