

## Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición

### Athletic Identity and Eating disorder: Preliminary study in competitive athletes

### Identidade desportiva e transtorno alimentar: estudo preliminar em atletas competitivos

Hernández-Mulero, N. y Berengüí, R.\*

*Universidad Católica de Murcia*

**Resumen:** Actualmente se reconocen los beneficios de la práctica deportiva sobre la salud de las personas. A pesar de esto, si la práctica deportiva se realiza de manera obsesiva e incontrolada, el deporte puede llegar a ser un factor de riesgo para el desarrollo de hábitos poco saludables. Se ha comprobado como el tipo de disciplina deportiva o determinados rasgos de la personalidad que llevan a preocupación excesiva por la imagen corporal, pueden influir en que ese riesgo aumente. El concepto Identidad Deportiva (ID) hace referencia al grado en que una persona se identifica con su rol como deportista. Por otro lado, es un hecho probado que la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se presenta con relativa frecuencia en las diferentes disciplinas deportivas. Por ello, el objetivo del presente estudio consiste en analizar las diferencias en ID y TCA entre hombres y mujeres competidores, y la posible relación existente entre ambos. Participaron 109 deportistas de varias modalidades, utilizándose el Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) para la evaluación de patología alimentaria, y el Identity Measurement Scale (AIMS) para la medida de la ID. Los resultados obtenidos muestran mayores puntuaciones de las mujeres en ID, así como en las escalas obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y ascetismo. Por otra parte, los deportista con mayor ID muestran mayor niveles de obsesión por la delgadez y perfeccionismo.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria, Identidad Deportiva, Imagen corporal, Género, Personalidad.

**Abstract:** The benefits that practising sports has on people's health are currently recognized. Despite this, if the practice of sport is performed in an obsessive and uncontrolled way, the activity can eventually become a risk factor for the development of unhealthy habits. It has been proved that the kind of sport practiced or the characteristics of the personality that lead to an excessive preoccupation about body image can influence the increase of this risk. "Athletic Identity" may be defined as the degree with which an individual identifies himself with his role as athlete. On the other hand, it is shown that the prevalence of Eating Behaviour Disorders appears with relative frequency not only in esthetic and weight division sports. Therefore,

this study aims at analyzing what differences exist in Athletic Identity (AI) and Eating Disorder (ED) between men and women, and the possible relationship between them. 109 athletes participated, used the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) to evaluate eating disorders, and Identity Measurement Scale (AIMS) for the measurement of AI. The results show higher scores of women in ID, as well as the scales drive for thinness, bulimia, body dissatisfaction, low self-esteem, personal alienation, interpersonal insecurity, interpersonal distrust, perfectionism and asceticism. Moreover, the athlete with the highest ID show higher levels of drive for thinness and perfectionism.

**Keywords:** Eating disorder, Athletic Identity, Body Image, Gender, Personality.

**Resumo:** Os benefícios do esporte para a saúde das pessoas atualmente reconhecido. Apesar disso, se o esporte é realizada de forma obsesiva e descontrolada, o esporte pode se tornar um fator de risco para o desenvolvimento de hábitos pouco saudáveis. Verificou-se que o tipo de prática ou traços de personalidade que levam à preocupação excessiva com a imagem corporal pode influenciar esse risco aumenta. O conceito "Sport Identidade" refere-se ao grau em que uma pessoa se identifica com o seu papel como um atleta. Por outro lado, se for provado que a prevalência de transtorno alimentar ocorre com relativa frequência em vários eventos desportivos. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as diferenças de Identidade Sports (ID) e distúrbios do comportamento alimentar (TCA) entre homens e mulheres, bem como a possível relação entre os dois. 109 atletas participaram, utilizado o Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) para avaliação dos transtornos alimentares, e Escala de Medida de Identidade (AIMS) para medir a ID. Os resultados mostram pontuações mais elevadas de mulheres em ID, bem como o Obsession escalas para magreza, bulimia, insatisfação corporal, baixa auto-estima, a alienação pessoal, interpessoal insegurança, desconfiança interpessoal, perfeccionismo e ascetismo. Além disso, o atleta com o maior ID apresentam níveis mais elevados de obsessão com a magreza e perfeccionismo.

**Palavras-chave:** Distúrbio alimentar, Identidade Esporte, Imagem corporal, Sexo, Personalidade.

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Rosendo Berengüí Gil. Grados de Educación y Psicología. Universidad Católica de Murcia. Campus de los Jerónimos, s/n. 30107 Murcia (España). E-mail: rberengui@ucam.edu

## Introducción

El deporte suele constituir un elemento central en la vida de los practicantes, en especial de aquellos que desarrollan su actividad a nivel competitivo. La participación deportiva demanda elevados niveles de compromiso, y para muchos deportistas su práctica puede llegar a suponer la preocupación principal en la vida, pudiendo llegar a basar su propia identidad personal en cómo se identifican con su deporte (Packard, 2010).

La identidad deportiva hace referencia al grado en que una persona se identifica con su rol como deportista (Brewer, Van Raalte, y Linder, 1993), el nivel de importancia, la fuerza y la exclusividad que va asociado a ese papel, que es mantenido por el deportista y sometido a influencias ambientales (Cieslak, 2005). Una fuerte identidad deportiva (ID en adelante) ha sido asociada a mejoras en la imagen corporal y la autoconfianza, disminuciones en la ansiedad, mayores niveles de compromiso en el entrenamiento y concentración en los objetivos deportivos (Anderson, Måsse, Zhang, Coleman, y Chang, 2009; Brewer et al., 1993; Horton y Mack, 2000). Pero al mismo tiempo, una elevada ID puede conllevar repercusiones negativas, como alta dependencia de la autoestima al rendimiento deportivo, formación de elevadas expectativas, mayor presión por alcanzar el éxito (Coakley, 1992; Gustafsson, Hassmén, Kenttä, y Johansson, 2008; Lemyre, Hall, y Roberts, 2008), o asociación a altos niveles de ira y agresividad (Visek, Watson, Hurst, Maxwell, y Harris., 2010) y burnout (Lemyre et al., 2008; Martin y Horn, 2013). Los individuos con alta ID atribuyen sus éxitos y fracasos al ámbito deportivo, y dependiendo de estos resultados desarrollan sentimientos positivos o negativos, y su autoestima está mediada por esos logros o frustraciones (Whipple, 2009).

En los últimos años se ha desarrollado un cambio en la importancia del deporte sobre la configuración de los niveles identitarios en los que se desenvuelven los seres humanos (Caspistegui, 2012). Cuando un individuo adquiere un rol fuerte en el ámbito deportivo es probable que extrapole esta identidad a las demás áreas de su vida, y si su comportamiento no es congruente con el contexto social puede dar lugar a un conflicto producido por una sobrecarga de rol, desembocando en comportamientos poco saludables para el individuo (Stryker, 2007).

En las últimas décadas ha sido reconocida la influencia del ejercicio físico y el deporte sobre la salud de quien los practica, pudiendo actuar dicha influencia de forma positiva o negativa según el modo y la finalidad con la que se realicen. Por una parte han sido comprobados diferentes beneficios físicos, psicológicos y psicosociales de la práctica de esas actividades, pero por otra parte, se advierten una serie de posibles consecuencias perjudiciales. Múltiples factores de riesgo confluyen tanto en la propia práctica deportiva, como en la forma de realizar esa práctica física y en el tipo de deporte realizado

(Díaz, 2012; Legido y Segovia, 2010; Martínez-Sanz, Urdampilleta, Micó, y Soriano, 2012), destacando usualmente el papel del estrés, la presión que ejercen el entrenador o compañeros de equipo, la influencia de la familia, o ciertas características de personalidad, como el perfeccionismo, la impulsividad, la competitividad o la tenacidad, haciendo más vulnerable a la persona (Díaz, 2012; Dosil y González-Oya, 2008). El efecto de dichos factores puede desembocar en las citadas consecuencias negativas como, por ejemplo, la adicción al ejercicio, el abuso de sustancias, lesiones o trastornos alimentarios.

En la actualidad el ideal de belleza muestra a mujeres delgadas y sin curvas, y a hombres delgados y con músculos marcados (Turón, 2012), y esta apreciación llevada a los medios de comunicación y a la moda, representa en la sociedad un concepto de belleza artificial y poco saludable. La delgadez se convierte en el ideal de belleza y el culto al cuerpo supone un medio para conseguir los objetivos de vida. Cuando la preocupación por el aspecto físico es exagerada y encontramos casos extremos donde aparece una obsesión por la práctica excesiva de actividad física, restricción alimentaria, sobreingestas compulsivas, y/o purgas, hablamos de que existe un gran riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante).

Según indican Dosil y Casáis (2008), el deporte se ha convertido en uno de los contextos en el que los TCA surgen con más frecuencia. No se conocen con exactitud las cifras de prevalencia de estos trastornos en deportistas debido al secretismo que mantienen los pacientes de TCA, sobre todo si son deportistas. No obstante, la Federación Española de Medicina del Deporte, estima estas cifras entre el 4,2 y 39,2 %. Además, gran parte de los deportistas desarrollan métodos para reducir el peso que son insalubres, como recurrir al ayuno, pero no llegan a desarrollar un cuadro de trastorno diagnosticable. Si bien la mayoría de deportistas se someten a dietas durante toda la temporada deportiva, en las investigaciones de Dosil y González-Oya (2008) se ha observado que las mujeres encuentran más dificultades para abandonar la dieta una vez ha acabado el ciclo competitivo, mientras que los hombres se adaptan mejor a la hora de reanudar la alimentación normal.

Estos incesantes esfuerzos por perder peso se derivan de la creencia, no demostrada, de la relación entre la delgadez y un mejor rendimiento deportivo y, por lo tanto, de los resultados. Es cierto que para desempeñar una práctica deportiva existe un peso adecuado pero, no obstante, este peso puede ser subjetivo para el practicante ya que es posible que vea satisfechas estas creencias a corto plazo y, consecuentemente, un aumento de la autoestima y la seguridad en sí mismo. En cambio, ésta será una experiencia irreal ya que, a largo plazo, las consecuencias tanto para la salud como para el rendimiento y sus resultados se volverán adversos (Díaz, 2012).

Por todo ello, el objetivo del presente estudio pretende analizar las diferencias en Identidad Deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria entre hombres y mujeres, y la posible relación existente entre ambos.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 109 deportistas, competidores de diferentes modalidades deportivas (fútbol, baloncesto, rugby, triatlón, ciclismo, natación, gimnasia rítmica, equitación, taekwondo y pádel). De la misma, un 48.6% eran hombres ( $n= 53$ ) y un 51.4% ( $n= 56$ ) eran mujeres. El rango de edades comprendía entre los 16 y 42 años, con una media de edad de 25.74 ( $DT= 6.453$ ), siendo 27.83 ( $DT=8.028$ ) la media de edad para los deportistas masculinos y 23.77 ( $DT=3.557$ ) la media de edad para las mujeres.

La media de edad de inicio en el deporte de los sujetos es de 11.17 años ( $DT= 5.445$ ), siendo de 9.06 ( $DT= 5.847$ ) el promedio de años compitiendo en su disciplina, con un inicio de las mujeres ligeramente anterior ( $M= 10.71$ ;  $DT= 5.624$ ) que el de los hombres ( $M= 11.66$ ;  $DT= 5.258$ ), llevando asimismo las mujeres más años compitiendo ( $M= 10.50$ ;  $DT= 5.948$ ), que los hombres ( $M= 7.53$ ;  $DT= 5.380$ ). Los sujetos dedican al entrenamiento un promedio de 3.60 ( $DT= 1.148$ ) días por semana, y una media de 6.51 ( $DT= 3.036$ ) horas semanales por deportista.

### Instrumentos

*Athletic Identity Measurement Scale* (AIMS), de Brewer et al. (1993). Se emplea la versión traducida del AIMS de Mateos, Torregrosa, y Cruz (2010). El objetivo de la escala es reflejar la fuerza y exclusividad de la identificación con el rol de deportista. La escala se compone de 10 ítems con los cuales se pide al deportista que evalúe, mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo), su grado de conformidad respecto a diferentes cuestiones que plantean actitudes personales hacia el deporte. Puntuaciones altas son indicadoras de mayores niveles de ID. El estudio original de la escala (Brewer et al., 1993) mostró validez de constructo con alta correlación ( $r= .83$ ), así como una alta consistencia interna ( $\alpha= .93$ ). En el presente estudio la consistencia obtenida es  $\alpha= .904$ .

*Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory-3, EDI-3)*, de Garner (2004). Para la evaluación de TCA se utilizó la adaptación española del EDI-3, de Elosua, López-Jáuregui, y Sánchez-Sánchez (2010), compuesto por 91 ítems distribuidos en 12 escalas principales. Tres son escalas de riesgo específicas para la manifestación de una patología alimentaria: *Obsesión por la Delgadez*

(obsesión por tener un cuerpo delgado, preocupación por la alimentación y temor intenso a ganar peso), *Bulimia* (presencia de atracones y/o conductas de compensación), e *Insatisfacción Corporal* (insatisfacción con la forma general del cuerpo, así como el rechazo de zonas específicas). El resto son escalas psicológicas generales vinculadas a los trastornos alimentarios: *Baja Autoestima* (autopercepción negativa), *Alienación Personal* (sensaciones de vacío emocional, soledad, falta de control e incompreensión), *Inseguridad Interpersonal* (aprensión por manifestar los propios sentimientos y pensamientos), *Desconfianza Interpersonal* (sentimientos de desapego y propensión a sentirse atrapado en las relaciones), *Déficits Interoceptivos* (dificultad para interpretar y responder a los estados emocionales propios y ajenos), *Desajuste Emocional* (inestabilidad emocional, impulsividad, conductas autodestructivas), *Ascetismo* (conductas obsesivas de autodisciplina, restricción y autosacrificio), *Perfeccionismo* (exigencia propia o externa por conseguir metas y objetivos excesivamente elevados) y *Miedo a la Madurez* (inseguridad ante la madurez y deseos de retorno a la infancia). Mediante la suma de esas escalas, también proporciona varios índices específicos de TCA, si bien no han sido empleados en este estudio ante la imposibilidad de realizar comparaciones con los baremos proporcionados por el instrumento. Los ítems del cuestionario son respondidos mediante escala de tipo Likert de 6 puntos (desde 1= nunca a 6= siempre), y el objetivo del cuestionario no es proporcionar un diagnóstico de TCA, sino ofrecer una medida de los rasgos psicológicos y de los síntomas comunes en los TCA.

### Procedimiento

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo un muestreo en cadena no probabilístico en sujetos que cumplen el criterio de estar federados y competir en alguna modalidad deportiva. Se contactó con varios clubes solicitando el permiso para la poder acceder y tener contacto con sus deportistas. Previamente a la administración de las pruebas se les explicó en qué consistía dicha investigación, informando además del carácter voluntario, anónimo y confidencial de los datos. Así mismo, se le proporcionó las instrucciones necesarias para la realización de los cuestionarios, los cuales fueron completados a continuación. Además, en el caso de los deportistas menores de edad que aceptaron su participación en el estudio, se solicitó la autorización firmada de los padres mediante consentimiento informado.

### Análisis de datos

Empleando el programa estadístico SPSS (versión 15.0, SPSS Inc.), se realizan una serie de análisis estadísticos, en concreto: análisis descriptivos básicos (medidas de tendencia central y dispersión); análisis de correlación (coeficiente de Pearson)

para comprobar las pautas de variación común entre Identidad Deportiva y escalas del EDI-3; prueba T de Student de contraste de igualdad de medias para muestras independientes, para la comparación de los promedios entre sexos; análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existen diferencias en las escalas del EDI-3 entre grupos con bajas, medias o altas puntuaciones en ID. Esta clasificación se efectuó mediante la suma y resta de una desviación típica a la media de ID.

## Resultados

Se emplea el coeficiente de correlación de Pearson con el fin de contrastar la variación común entre las variables ID y las puntuaciones en las diferentes escalas de riesgo específicas y escalas psicológicas generales del EDI-3. En la Tabla 1 se muestran las obtenidas correlaciones estadísticamente significativas, de pequeña magnitud, entre ID y las escalas de Obsesión por la delgadez ( $r = .379$   $p < .01$ ), Insatisfacción corporal ( $r = .367$   $p < .01$ ), Alienación personal ( $r = .219$   $p < .05$ ) y Ascetismo ( $r = .290$   $p < .01$ ), siendo la correlación de magnitud moderada entre Identidad Deportiva y Perfeccionismo ( $r = .490$   $p < .001$ ).

Tabla 1. Correlaciones entre ID y escalas del EDI-3.

	Identidad Deportiva
Obsesión por la delgadez	.379**
Bulimia	.139
Insatisfacción corporal	.367**
Baja autoestima	.187
Alienación personal	.219*
Inseguridad interpersonal	.099
Desconfianza interpersonal	.130
Déficits introceptivos	.152
Desajuste emocional	.133
Perfeccionismo	.490**
Ascetismo	.290**
Miedo a la madurez	.037

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Atendiendo a la variable sexo de los participantes (Tabla 2), aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los

promedios en ID ( $t_{107} = -2.520$ ;  $p = .013$ ), superior en mujeres. Del mismo modo existen diferencias entre hombres y mujeres en muchas escalas del EDI-3, concretamente, las mujeres presentan medias significativamente superiores en Obsesión por la delgadez ( $t_{86,229} = -7.101$ ;  $p = .000$ ), Bulimia ( $t_{107} = -2.504$ ;  $p = .014$ ), Insatisfacción corporal ( $t_{107} = -7.154$ ;  $p = .000$ ), Baja autoestima ( $t_{107} = -5.210$ ;  $p = .000$ ), Alienación personal ( $t_{96,326} = -6.815$ ;  $p = .000$ ), Inseguridad interpersonal ( $t_{107} = -2.849$ ;  $p = .005$ ), Desconfianza interpersonal ( $t_{92,810} = -2.892$ ;  $p = .005$ ), Perfeccionismo ( $t_{107} = -6.994$ ;  $p = .000$ ) y Ascetismo ( $t_{107} = -4.863$ ;  $p = .000$ ).

Tabla 2. Medias en ID y escalas del EDI-3 en relación al sexo.

	Hombres (n= 53)		Mujeres (n= 56)	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Identidad Deportiva	43.45	12.084	48.57	8.970
Obsesión por la delgadez	7.26	5.393	19.11	11.182
Bulimia	5.64	4.828	9.55	9.585
Insatisfacción corporal	6.81	5.851	22.07	14.445
Baja autoestima	3.09	3.115	8.02	6.175
Alienación personal	4.09	3.707	10.23	5.560
Inseguridad interpersonal	6.08	4.669	9.04	6.048
Desconfianza interpersonal	7.83	3.501	10.41	5.624
Déficits introceptivos	8.38	5.541	9.86	7.280
Desajuste emocional	6.32	4.458	6.52	5.370
Perfeccionismo	12.58	4.741	17.89	3.043
Ascetismo	5.85	4.021	11.34	7.227
Miedo a la madurez	13.45	5.816	15.09	4.214

Conformados grupos a partir de los niveles bajos, medios y altos de los sujetos en ID, el análisis de varianza realizado muestra diferencias estadísticamente significativas entre grupos en Obsesión por la delgadez ( $F_{(2,106)} = 4.429$ ;  $p < .05$ ) y Perfeccionismo ( $F_{(2,106)} = 6.284$ ;  $p < .001$ ), pudiendo observarse en la Tabla 3 un aumento de los promedios en dichas escalas del EDI-3 desde el grupo de baja ID hasta el de alta ID. Las comparaciones *post hoc* (Scheffé) muestran diferencias significativas en Obsesión por la delgadez, entre los grupos de baja y alta ID (I-J = -9.827;  $p = .010$ ), y en Perfeccionismo, entre los grupos de baja y media (I-J = -3.260;  $p = .024$ ), y entre baja y alta ID (I-J = -5.214;  $p = .004$ ).

**Tabla 3.** Promedios en escalas del EDI-3 según grupos de ID.

	Baja (n= 19)		Media (n= 73)		Alta (n= 17)	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Obsesión por la delgadez	7.53	5.026	13.93	10.696	17.35	12.688
Bulimia	5.68	6.010	8.26	9.359	7.24	6.760
Insatisfacción corporal	9.95	10.886	15.03	13.684	18.29	14.417
Baja autoestima	4.32	4.124	5.97	5.932	5.59	4.874
Alienación personal	5.63	5.946	7.79	5.669	6.71	5.084
Inseguridad interpersonal	7.53	5.179	7.82	6.097	6.71	3.601
Desconfianza interpersonal	8.00	4.876	9.52	5.244	8.88	2.667
Déficits introceptivos	8.89	8.041	8.89	6.175	10.47	6.256
Desajuste emocional	5.63	4.017	6.74	5.297	5.94	4.235
Perfeccionismo	12.32	4.715	15.58	4.833	17.53	2.552
Ascetismo	6.21	4.697	8.84	7.016	10.71	5.034
Miedo a la madurez	13.84	6.238	14.15	4.763	15.41	5.292

Por último, se profundiza en los datos anteriores y se realiza idéntico análisis de grupos a partir de la ID, pero en función del sexo de los deportistas. Los resultados se recogen en la Tabla 4. En hombres, son encontradas diferencias estadísticamente significativas en Perfeccionismo ( $F_{(2,50)} = 5.666; p < .001$ ), y concretamente entre los grupos de alta y baja ID ( $I-J = 6.368; p = .006$ ). En mujeres las diferencias son halladas en Obsesión por la delgadez ( $F_{(2,53)} = 6.056; p = .002$ ), con diferencias asimismo entre grupos de baja y alta ID ( $I-J = -18.542; p < .001$ ).

**Tabla 4.** Diferencias de promedios por sexo en escalas del EDI-3 según grupos de ID

	Baja (n= 13)		Media (n= 31)		Alta (n= 9)	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Hombres						
Perfeccionismo	10.08	3.861	12.52	4.857	16.44	2.877
Mujeres						
Obsesión por la delgadez	10.83	6.853	18.33	11.390	29.38	2.504

## Discusión

Mediante el presente estudio se pretende detectar las diferencias entre hombres y mujeres en Identidad Deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como la posible relación entre ambos.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, tanto en Identidad Deportiva como en varias escalas de TCA. Concretamente, en el presente estudio las mujeres presentan un promedio superior de Identidad Deportiva. Los estudios previos no apoyan estos

resultados, y las investigaciones no son concluyentes. Algunos autores apuntan que la identidad deportiva es superior en hombres respecto a las mujeres (Brewer et al., 1993; Brewer y Cornelius, 2001; Tasiemski, Kennedy, Gardner, y Blaikley, 2004; Van Raalte y Cook, 1991; Wiechman y Williams, 1997;), pero sin embargo en otros estudios no se aprecian diferencias significativas entre sexos (Chen, Snyder, y Magner, 2010; Fraser Fraser, Fogarty, y Albion, 2008; Proios, Proios, Mavrovouniotis, y Theofanis, 2012). A la vista de estos resultados, consideramos necesario seguir profundizando en el estudio de este aspecto, ya que han sido los hombres quienes tradicionalmente han sobresalido por una mayor implicación en el deporte, con un importante peso de los roles de género en la sociedad.

También en las escalas del EDI-3 las mujeres destacan por niveles superiores de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y ascetismo. El cuerpo de investigación relativo a TCA ha sostenido consistentemente que las mujeres, en especial en la adolescencia y la adultez temprana (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007), reúnen mayor número de características que las hacen ser más propensas a desarrollar un TCA, registrando de hecho índices de prevalencia de TCA más altos que los hombres (Ferrier-Auerbach y Martens, 2009). De las escalas citadas, destacan las puntuaciones en obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, ya que son escalas específicas de riesgo para la manifestación de un TCA, además de baja autoestima, variable esencial en los TCA y que en bajos niveles se asocia, entre otros, a sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de valía personal, o déficits de autonomía (Levine, 2012).

Respecto a la relación existente entre la Identidad Depor-

tiva y el riesgo de desarrollar un TCA, a partir de los resultados obtenidos se observa que la asociación entre la variable Identidad Deportiva y diferentes escalas del EDI-3 es estadísticamente significativa, y de signo positivo, concretamente en: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, alienación personal, perfeccionismo y ascetismo. Además existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos con puntuaciones bajas, medias y altas en Identidad Deportiva, en los promedios de obsesión por la delgadez en mujeres y perfeccionismo en hombres. A partir de estos resultados obtenidos podemos considerar la relación entre la variable Identidad Deportiva y TCA, ya que existen diferencias entre grupos, siendo el de mayor ID el que presenta mayor riesgo y el de menor ID el que presenta menos probabilidad de desarrollar un TCA.

Siguiendo las investigaciones previas y los datos hallados, podemos interpretar la relación existente entre Identidad Deportiva y diferentes escalas de especial impacto para el inicio de TCA. La obsesión por la delgadez representa el deseo extremo por estar delgado, y la elevada preocupación por la alimentación y el peso, así como el temor a ganarlo. La insatisfacción corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo (Garner, 2004). El peso corporal es una cuestión que afecta a la mayoría de deportistas, y dependiendo de la disciplina deportiva será más o menos relevante (Dasil y Díaz, 2008). En algunos deportes en los que se exige el mantenimiento de la delgadez suelen presentarse déficits nutricionales, además de la obsesión con la forma corporal, como ocurre en gimnasia o atletismo, y en especial en disciplinas de estética donde la mayoría de las deportistas son mujeres (Legido y Segovia, 2010; Morandé, 1998). Así, la relación de identidad deportiva con estas escalas, especialmente en el caso de las mujeres, puede significar el deseo del deportista por situarse en un rango de peso que él considere es el adecuado para competir en su disciplina, y con ello alcanzar mejores cotas de rendimiento, y también la citada obstinación por un físico perfecto acorde a los modelos prototípicos de cada modalidad deportiva. Estos factores pueden conllevar el incremento de determinados comportamientos, como conductas de inanición, el control sobre la comida, y por tanto del peso, y conductas de purga como la utilización de laxantes (Díaz, 2012), así como un exceso de entrenamiento como forma de alcanzar el físico deseado, siendo mayor el riesgo de esas conductas al aumentar la identidad deportiva del sujeto.

El papel que desempeña el perfeccionismo en este contexto puede ver respaldo en varios estudios. Naylor, Mountford, y Brown (2011) observan rasgos perfeccionistas y de exceso de control dirigidos a la mejora del rendimiento deportivo y el aspecto físico, y en este sentido, Calvo (2010) refiere que una de las características que tienen en común los deportistas

con los pacientes con TCA es su tendencia al perfeccionismo y los comportamientos obsesivos relacionados tanto con la práctica deportiva, como con la alimentación y el cuerpo. Por lo tanto, la relación entre identidad deportiva y perfeccionismo puede implicar sensación de fracaso al no conseguir las metas establecidas en el deporte y una búsqueda de alivio de la frustración mediante la reducción del peso, con la creencia de que estar más delgado mejorará su rendimiento (Del Castillo, 1998).

Es necesario añadir que la mayoría de estudios sobre trastornos de alimentación en el deporte son realizados con mujeres, excluyendo a los hombres de la muestra, especialmente en ciertas disciplinas de estética. Por lo tanto sería interesante estudiar con mayor profundidad este campo en futuras investigaciones que avalen nuestros resultados. Existen pocas investigaciones realizadas sobre este área y la mayoría de las que se han llevado a cabo se centran más en la prevalencia de los TCA que en la prevención y tratamiento. En cuanto a las medidas de evitación del problema, es esencial estudiar los factores que desencadenan los trastornos de alimentación en el deporte antes de actuar. Del mismo modo, sería conveniente promover reformas en las reglamentaciones deportivas con el objeto de evitar que se promuevan conductas de reducción del peso corporal y proporciones de grasa excesivamente bajas (Márquez, 2008). Para ello resultaría esencial el desarrollo de estudios científicos que contribuyan a demostrar la necesidad de instaurar normas que obstaculicen al deportista a tener un cuerpo excesivamente delgado. En este caso, se debería considerar el establecimiento de unos parámetros de peso mínimos saludables para poder competir, lo cual aliviaría algunas de las complicaciones que aparecen en deportistas con excesivo bajo peso.

## Conclusiones

Las mujeres poseen una Identidad Deportiva superior a la de los hombres, datos que no han sido encontrados en estudios previos. Al mismo tiempo las deportistas destacan por un mayor riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que obtienen niveles más altos en las variables fundamentales de obsesión por la delgadez, bulimia, e insatisfacción corporal, además de en baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y ascetismo.

Existe relación entre la Identidad Deportiva y el riesgo de desarrollar un TCA, ya que mayores niveles de ID se relacionan con mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, alienación personal, perfeccionismo y ascetismo. Además las mujeres con alta ID presentan mayor obsesión por la delgadez y los hombres perfeccionismo.

## Aplicaciones prácticas

Debido a la estrecha relación existente en muchas ocasiones entre los trastornos alimentarios y el *ámbito* deportivo, los competidores necesitan un seguimiento especial de sus condiciones físicas y psicológicas con vistas a la prevención.

El primer paso debe consistir en suministrar información de calidad y formar a los atletas, en un estadio temprano de su trayectoria como deportista. Esta actuación debe cumplir con el objetivo de desmentir ciertos mitos y creencias erróneas sobre el peso y el rendimiento deportivo, ya que suponen un problema central en la patología. El conocimiento de una buena nutrición puede considerarse el principal factor para evitar el desarrollo de un trastorno alimentario (González, Collado, y Mataix, 2006). Pero el trabajo del psicólogo debe centrarse no sólo en el competidor, sino también en el entorno familiar y social. Es preciso que mediante la oportuna educación sean conscientes de los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de este tipo de problemas, y sean capaces de realizar la prevención y la detección temprana de los sujetos con mayor riesgo.

En caso de detectar un TCA debe iniciarse la terapia cuanto antes, la cual deberá llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinar (médicos, nutricionistas, psicólogos y/o psiquiatras), con la colaboración del entrenador y los familiares del deportista. El pronóstico del tratamiento dependerá tanto de la relación que se conforme entre el deportista y los profesionales como de la motivación que tenga el propio deportista hacia el tratamiento (Beals y Manore, 2002; Cabetas, 2004). Las personas que padecen TCA suelen experimentar sensaciones de fracaso acompañadas de baja autoestima, en el caso de los deportistas puede estar vinculado a un rendimien-

to precario o al establecimiento de metas exageradas (Sudi, Payerl, Baumgratl, Tauschmann, y Muller, 2004). Además, es importante modificar las características del entrenamiento según cada caso, pero sin abandonarlo, a no ser que existan graves complicaciones físicas que lleguen a perjudicar al sujeto (Sundgot-Borgen, 2002). Prohibir la actividad física completamente puede derivar en que el deportista perciba volúmenes *aún más bajos* de autoestima, sobre todo en los casos donde el sujeto presenta altos niveles de ID. No obstante, el paciente deberá aceptar la intervención y dar prioridad al tratamiento sobre la práctica deportiva, así como permitir una completa supervisión de su actividad física.

Otro aspecto de especial importancia es evitar que los deportistas desarrollen niveles desadaptativos de ID, y con ello reducir el riesgo de desarrollar un TCA. Por tal motivo, todas las personas alrededor del deportista deben realizar un esfuerzo por relativizar la importancia de la competición y el resultado, intentando al mismo tiempo que el deportista disponga de otros intereses e inquietudes al margen del deporte, así como propiciar momentos y periodos de desconexión y esparcimiento extradeportivo.

En el ámbito nutricional se deben realizar estudios dietéticos personalizados, teniendo en cuenta la condición física del deportista, su nivel de entrenamiento y ritmo de vida. También, indagar en las características de la dieta que mantiene el deportista, comprobar si su alimentación es o no saludable, si restringe alimentos o si utiliza métodos de compensación tras la ingesta. Puede ser recomendable trabajar con un diario de comidas donde los sujetos registren los alimentos ingeridos, y sus experiencias y sentimientos tras la ingesta (González, Collado, y Mataix, 2006).

## Referencias

- Anderson, C.B., Mâsse, L.C., Zhang, H., Coleman, K.J. y Chang, S. (2009). Contribution of athletic identity to child and adolescent physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 220-226.
- Beals, K.A., y Manore, M.M. (2002). Disorders of the female athlete triad among collegiate athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 12, 281-93.
- Brewer, B.W., Van Raalte, J.L., y Linder, D.E. (1993). Athletic identity: Hercules muscle or Achilles heel? *International Journal of Sport Psychology*, 24, 237-254.
- Brewer, B.W. y Cornelius, A. (2001). Norms and factorial invariance of the Athletic Identity Measurement Scale (AIMS). *Academic Athletic Journal*, 16, 103-113.
- Cabetas, I. (2004). Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicósomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 19, 225-228.
- Calvo, R. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria. Documento base*. Madrid: FOCAD.
- Caspistegui, F.J. (2012). Deporte e identidad, o sobre cómo definirlos. *Historia y Comunicación Social*, 17, 19-39.
- Chen, S., Snyder, S. y Magner, M. (2010). The effects of sport participation on student-athletes' and non-athlete students' social life and identity. *Journal of Issues in Intercollegiate Athletes*, 3, 176-193.
- Cieslak, T.J. (2005). *Describing and measuring the athletic identity construct: Scale development and validation*. Disertación doctoral. Columbus: Ohio State University.
- Coakley, J. (1992). Burnout among adolescent athletes: A personal failure or social problem? *Sociology of Sport Journal*, 9, 271-285.
- Del Castillo, V. (1998). *Deporte y Trastornos de Alimentación*. Lecturas Educación Física y Deportes (Revista electrónica). Octubre de 1998, nº 11. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
- Díaz, I. (2012). *Detección y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el deporte*. Tesis doctoral. Vigo: Universidad de Vigo.
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5, 67-80.
- Dosil, J. y Casáis, L. (2008). Eating disorders in different sports. En J. Dosil (Ed.), *Eating disorders in athletes* (pp. 99-122). Chichester: John Wiley & Sons.
- Dosil, J. y Díaz, O. (2008). The importance of weight in some sports. En J. Dosil (Ed.), *Eating disorders in athletes* (pp. 23-40). Chichester: John Wiley & Sons.

16. Dosit, J. y González-Oya, J. (2008). Eating disorders and the athlete's environment. En J. Dosit (Ed.), *Eating disorders in athletes* (pp. 41-63). Chichester: John Wiley & Sons.
17. Elosua, P., López-Jáuregui, A. y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación*. Madrid: TEA.
18. Federación Española de Medicina del Deporte (s.f.). *Problemas médicos generales en la gimnasia femenina*. Recuperado de: <http://www.femede.es/portada.php>
19. Ferrier-Auerbach, A.G. y Martens, M.P. (2009). Perceived incompetence moderates the relationship between maladaptive perfectionism and disordered eating. *Eating Disorders*, 17, 333-344.
20. Fraser, L., Fogarty, G. y Albion, M. (2008) Is there a basis for the notion of athletic identity? *Proceedings of the 2008 Conference of the Australian Psychological Society*. Hobart, Australia.
21. Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory- 3 Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
22. González, J., Collado, P.S., y Mataix, J. (2006). *Nutrición en el deporte. Ayudas ergogénicas y dopaje*. Madrid: Díaz de Santos.
23. Gustafsson, H., Hassmén, P., Kenttä, G. y Johansson, M. (2008). A qualitative analysis of burnout in elite Swedish athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 800-816.
24. Horton, R.S. y Mack, D.E. (2000). Athletic identity in marathon runners: Functional focus or dysfunctional commitment? *Journal of Sport Behavior*, 23, 101-119.
25. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. y Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
26. Legido, J.C. y Segovia, J.C. (2010). ¿Qué es la vida activa? ¿Qué es el deporte? En G. Varela y D. Silvestre (Coors.), *Nutrición, vida activa y deporte* (pp. 13-27). Madrid: CEU.
27. Lemyre, P.N., Hall, H.K. y Roberts, G.C. (2008). A social cognitive approach to burnout in elite athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 221-234.
28. Levine, M.P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 245-257.
29. Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 183-190.
30. Martin, E.M. y Horn, T.S. (2013). The role of athletic identity and passion in predicting burnout in adolescent female athletes. *The Sport Psychologist*, 27, 338-348.
31. Martínez-Sanz, J.M., Urdampilleta, A., Micó, L. y Soriano, J.M. (2012). Aspectos psicológicos y sociológicos en la alimentación de los deportistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 39-48.
32. Mateos, M., Torregrosa, M. y Cruz, J. (2010). Evaluation of a career assistance programme for elite athletes: satisfaction levels and exploration of career decision making and athletic-identity. *Kinesiology Slovenica*, 16, 30-43.
33. Morandé, G. (1999). *La anorexia: Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Vivir Mejor.
34. Naylor, H., Mountford, V. y Brown, G. (2011). Beliefs about excessive exercise in eating disorders: The role of obsessions and compulsions. *European Eating Disorders Review*, 19, 226-236.
35. Packard, A.N. (2010). Conflicto de identidades: la identidad deportiva versus la identidad nacional en Barcelona. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 100, 7-13.
36. Proios, M., Proios, M.C., Mavrovouniotis, F. y Theofanis, S. (2012). An exploratory study of athletic identity in university physical education students. *Graduate Journal of Sport, Exercise & Physical Education Research*, 1, 98-107.
37. Stryker, S. (2007). Identity theory and personality theory: Mutual relevance. *Journal of Personality*, 75, 1083-1102.
38. Sudi, K., Payerl, D., Baumgrat, P., Tauschmann, K. y Muller, W. (2004). Anorexia Athletica. *Nutrition*, 20, 657- 671.
39. Sundgot-Borgen, J. (2002). Weight and eating disorders in elite athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12, 259-60.
40. Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P. y Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 364-378.
41. Turón, V. (2012). Evolución de los TCA: ¿Es posible la curación? En A. Grau, J. Martínez, A. Perote, y M. Sánchez (Coors.), *Controversias sobre los trastornos alimentarios* (pp. 119-133). Madrid: FITA.
42. Van Raalte, N.S. y Cook, R.G. (1991). *Gender specific situational influences on athletic identity*. Comunicación presentada en Annual Meeting of the North American Society for the Psychology of Sport and Physical Activity, Monterey.
43. Vila, E. (2001). La anorexia en el deporte de élite. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28, 170-177.
44. Visek, A.J., Watson, J.C., Hurst, J.R., Maxwell, J.P. y Harris, B.S. (2010). Athletic identity and aggressiveness: a cross-cultural analysis of the athletic identity maintenance model. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 8, 99-116.
45. Whipple, K.R. (2009). *Athletic identity, identity foreclosure, and career maturity: An investigation of intercollegiate athletes*. Tesis doctoral. Ames: Iowa State University.
46. Wiechman, S.A. y Williams, J. (1997). Relation of athletes' identity to injury and mood disturbance. *Journal of Sport Behavior*, 20, 199-210.