

**Cita: Aguilar Gómez, A. (2023). Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas. Cuadernos de Psicología del Deporte, 23(1), 1-20.**

# Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

## Subclinical manifestations of eating disorders in football players

### Manifestações subclínicas de distúrbios alimentares em jogadores de futebol

Aguilar Gómez, Antonio

*UNED Universidad Nacional de Educación a Distancia. España*

#### RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir distintos perfiles subclínicos relacionados con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (TA) en futbolistas de ambos sexos. Para ello, 95 jugadores (58 hombres y 37 mujeres; media de edad  $M=22.9$   $DT=5.7$ ) de 11 equipos de las Federaciones Territoriales de Fútbol de España; 25 de categoría juvenil y 70 senior, cumplieron el cuestionario de hábitos alimentarios del deportista (CHAD), la escala de medición de la identidad deportiva (AIMS), el inventario de perfeccionismo multidimensional en el deporte en competición (MIPS), la escala de impulsividad estado (EIE), la escala de dificultades de regulación emocional (DERS) y el cuestionario de satisfacción (CS) con el peso, la imagen corporal, la capacidad física, el talento técnico y el rendimiento. Se realizaron análisis descriptivo, comparativo y correlacional. Los resultados mostraron que el 22% de los deportistas presentaban hábitos alimentarios con riesgo de desarrollar TA, diferenciándose por puntajes altos en perfeccionismo e identidad deportiva respecto a los demás. Los hábitos alimentarios con riesgo de TA referidos al miedo a engordar o el malestar psicológico asociado al peso y la figura, presentaban correlación positiva con identidad deportiva ( $p<.001$ ), perfeccionismo ( $p<.001$ ) y dificultad en regulación emocional ( $p<.05$ ); y correlación negativa con satisfacción manifiesta con el peso, la imagen corporal y la capacidad física ( $p<.001$ ). Estos últimos tuvieron correlación negativa con la dificultad en regulación emocional ( $p<.001$ ) y correlación positiva con satisfacción con el talento y el rendimiento ( $p<.05$ ). Los perfiles subclínicos presentaron, por porcentaje de aparición: dificultad en la regulación emocional en un 45%, identidad deportiva en un 31%, perfeccionismo en un 27% e impulsividad en 27%.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios, riesgo, manifestaciones subclínicas, fútbol

#### ABSTRACT

The aim of this research was to describe different subclinical profiles related to risk of developing an eating disorder (ED) in male and female football players. For this purpose, 95 players (58 males and 37 females; mean age  $M=22.9$   $SD=5.7$ ) from 11 teams of the Spanish Territorial Football Federations; 25 youth and 70 seniors, completed the questionnaire of eating habits of the athlete (CHAD), the sport identity measurement scale (AIMS), the multidimensional perfectionism inventory in competitive sport (MIPS), the state impulsivity scale (EIE), the

difficulties of emotional regulation scale (DERS) and the satisfaction questionnaire (CS) with weight, body image, physical ability, technical talent and performance. Descriptive, comparative and correlational analyses were performed. The results showed that 22% of the athletes had eating habits at risk of developing AT, differentiated by high scores in perfectionism and sport identity compared to the others. Eating habits with risk of AT referred to fear of gaining weight or psychological discomfort associated with weight and shape were positively correlated with sport identity ( $p<.001$ ), perfectionism ( $p<.001$ ) and difficulty in emotional regulation ( $p<.05$ ); and negatively correlated with apparent satisfaction with weight, body image and physical ability ( $p<.001$ ). The latter were negatively correlated with difficulty in emotional regulation ( $p<.001$ ) and positively correlated with satisfaction with talent and performance ( $p<.05$ ). The subclinical profiles presented, by percentage of appearance: difficulty in emotional regulation in 45%, sport identity in 31%, perfectionism in 27% and impulsivity in 27%.

**Keywords:** Eating disorders, risk, subclinical manifestations, football

## RESUMO

O objectivo desta investigação era descrever diferentes perfis subclínicos relacionados com o risco de desenvolver um distúrbio alimentar (DE) em jogadores de futebol masculinos e femininos. Para este fim, 95 jogadores (58 homens e 37 mulheres; idade média  $M=22,9$   $SD=5.7$ ) de 11 equipas das Federações Territoriais de Futebol Espanhol; 25 jovens e 70 seniores, preencheram o questionário de hábitos alimentares do atleta (CHAD), a escala de medição da identidade desportiva (AIMS), o inventário de perfeccionismo multidimensional no desporto de competição (MIPS), a escala de impulso estatal (EIE), as dificuldades da escala de regulação emocional (DERS) e o questionário de satisfação (CS) com peso, imagem corporal, capacidade física, talento técnico e desempenho. Foram realizadas análises descritivas, comparativas e correlacionais. Os resultados mostraram que 22% dos atletas tinham hábitos alimentares em risco de desenvolver TA, diferenciados por pontuações elevadas em perfeccionismo e identidade desportiva em comparação com os outros. Os hábitos alimentares com risco de TA referidos ao medo de ganhar peso ou desconforto psicológico associado ao peso e à forma foram positivamente correlacionados com a identidade desportiva ( $p<.001$ ), o perfeccionismo ( $p<.001$ ) e a dificuldade na regulação emocional ( $p<.05$ ); e negativamente correlacionados com a aparente satisfação com o peso, a imagem corporal e a capacidade física ( $p<.001$ ). Estes últimos foram negativamente correlacionados com a dificuldade na regulação emocional ( $p<.001$ ) e positivamente correlacionados com a satisfação com o talento e o desempenho ( $p<.05$ ). Os perfis subclínicos apresentados, por percentagem de aparência: dificuldade na regulação emocional em 45%, identidade desportiva em 31%, perfeccionismo em 27% e impulsividade em 27%.

**Palavras chave:** Distúrbios alimentares, risco, manifestações subclínicas, futebol

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) en el deporte hacen mayoritariamente referencia a la restricción y evitación de ingesta de alimentos (Dasil y Díaz, 2012), los cuales pueden ir acompañados de un trastorno dismórfico corporal, definido por la preocupación anormal y excesiva por la imagen corporal, pudiendo focalizarse en la musculatura (Orrit, 2019). También pueden incluirse los trastornos por abuso de ingesta de alimentos referido a un consumo calórico excesivo

con resultado de sobrepeso o no (López-Morales et al., 2019), siendo condicionantes del rendimiento (Falces et al., 2016) por su influencia en las ejecuciones técnico-tácticas a altas intensidades en la competición (Mala et al., 2015) y, por tanto, repercutiendo en la insatisfacción y motivación de los deportistas (Latorre et al., 2016). El DSM-V clasifica los TA en: restricción/evitación alimentaria, bulimia nerviosa y trastorno por atracón; recoge dentro del trastorno obsesivo compulsivo el trastorno dismórfico corporal

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

y señala por incumplimiento médico, el sobrepeso u la obesidad (APA, 2013).

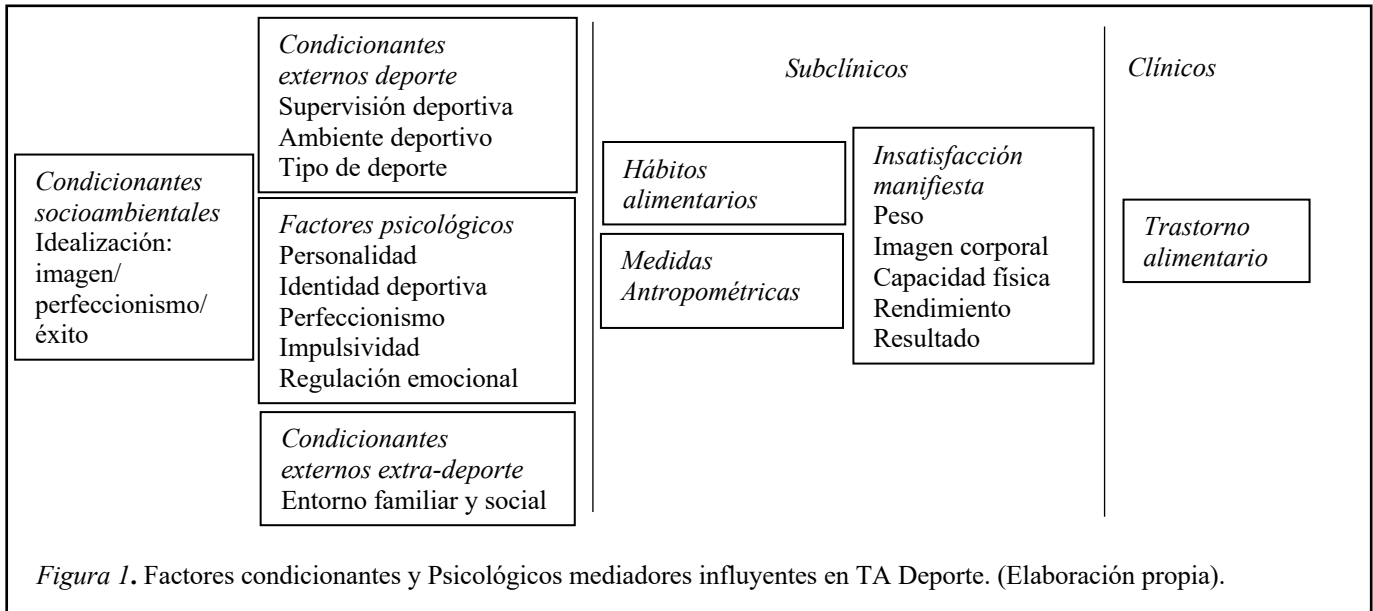
La prevalencia de los TA en general, y en el deporte concretamente, es difícil de especificar ya que la mayoría de las personas que sufren de estos trastornos no buscan diagnóstico o tratamiento formal (Hart et al., 2011). Kremžar Jovanović et al., (2022) sugieren que la tasa de trastornos psicológicos en atletas de elite es similar como en la población en general. Recientemente, una encuesta sobre hábitos alimentarios entre deportistas de élite españoles señalaba que el 5.1% (7.6% de las mujeres y el 2.5% de los hombres) estaban en riesgo de sufrir un TA (Teixidor-Batlle et al., 2021), aunque este dato varía según la metodología y la población de estudio (Chapman y Woodman, 2016).

Las disciplinas deportivas pueden clasificarse según los motivos por los que el peso bajo es importante (Hulley y Hill, 2001; Ravaldi et al., 2003), considerándose el tipo de deporte un factor de riesgo. Así, se distingue clásicamente entre deportes de categorías, de rendimiento, estéticos y de resistencia. Desde este planteamiento, los deportes de equipo han recibido un interés menor en el estudio de la prevalencia de TA. Entre la escasez de estudios sobre trastornos alimentarios en deportes colectivos destacan la línea de Sundgot-Borgen y Torstveit (2007) y más recientemente Baldó Vela y Bonfanti (2019), en baloncesto, rugby y fútbol. También se suma la línea de estudio sobre salud mental en futbolistas profesionales de Gouttebargue et al. (2015) destacando como estresores a los hábitos alimentarios, junto a la ansiedad, la depresión y el burnout. Díaz et al. (2018) señalaron la importancia de la investigación en deportes considerados de bajo riesgo como el fútbol. En este último deporte, contexto del estudio, la competición demanda a los futbolistas unos requerimientos físicos asociados a la resistencia y a la fuerza, con variabilidad en la velocidad de acciones y carreras (Alonso, 2018), siendo la condición física y el control de peso en relación con la composición corporal influyentes en el rendimiento deportivo de los

jugadores (Falces et al., 2016). Además de las demandas competitivas físico-técnicas de la competición, la presión del contexto junto a las variables psicológicas predispondrá a los deportistas a la insatisfacción, manifestada o no, reflejándose en los hábitos alimentarios. Por ello, conocer las características de los TA en futbolistas puede considerarse importante desde el punto de vista investigador y aplicado.

Los distintos modelos teóricos que explican el desarrollo de un TA atribuyen a los factores condicionantes diferente relevancia (Castejón y Berengüí, 2019; Troscianko y Leon, 2020), pudiendo actuar como predisponentes, desencadenantes, mantenedores y/o mediadores. Investigaciones en el ámbito de la actividad física y la salud destacan como factores de riesgo en relación a aspectos conductuales: los hábitos alimentarios (Dosil y Díaz, 2012; Mauro-Martín et al., 2014); en relación a aspectos psicológicos: la personalidad (Jauregui et al., 2009; Macias et al., 2003), la identidad deportiva (Hernández-Mulero y Berengüí, 2016), el perfeccionismo (Behar et al., 2014; Franco et al., 2011; Pérez-Hernández, et al., 2020; Scappatura et al., 2011; Vanzhula et al., 2021), la impulsividad (Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016; de Sola et al., 2013; Gempeler Rueda, 2006; Heber y Carpenter, 2011; Pretlow, 2011), la regulación emocional (Calvo et al., 2014; Konopa, 2019) y las estrategias de afrontamiento (Quiles y Terol, 2008); en relación a condicionantes externos extradeportivos: el entorno familiar (Ruiz-Martínez et al., 2010) y los estilos parentales (Borda Mas et al., 2019; Marmo, 2014); en relación a condicionantes externos deportivos: la supervisión deportiva (Díaz et al., 2019; Jones et al., 2005) el contexto de entrenamiento como centros de alto rendimiento (Dosil et al., 2012), la dinámica grupal entre compañeros y el tipo de deporte (Hulley y Hill, 2001; Ravaldi et al., 2003); y en relación a condicionantes socioambientales: la idealización de la imagen-perfección-éxito (Cortez et al., 2016; Vaquero-Cristobal et al., 2013) y la presión social sobre la imagen corporal en relación al género

(Godoy-Izquierdo y Díaz, 2021). La Figura 1, muestra la disposición de los factores condicionantes y psicológicos mediadores influyentes en TA.



El objetivo general de este estudio fue describir las diferentes manifestaciones o perfiles subclínicos relacionados con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (TA). Para ello, primeramente, utilizaría como descriptor principal los hábitos alimentarios referidos al miedo a engordar, el malestar asociado al peso y la figura, la preocupación obsesiva por alimentos y las opiniones relativas a la satisfacción corporal y la autoimagen; posteriormente como descriptores mediadores los factores psicológicos y el tipo de satisfacción manifiesta. Los objetivos secundarios fueron cuantificar la prevalencia en los hábitos alimentarios con riesgo de TA en futbolistas, comparar las variables de estudio en relación con el género y conocer las relaciones entre las variables planteadas. Se planteó como hipótesis de estudio que mayor riesgo de trastorno alimentario conlleva mayor perfeccionismo, identidad deportiva, impulsividad y dificultad en regulación emocional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio transversal descriptivo selectivo, comparativo y asociativo explicativo (Ato et al., 2013).

### Participantes

En este estudio participaron 95 futbolistas federados (58 hombres, 61.0% y 34 mujeres, 35.7%), provenientes de 11 equipos de diversas competiciones de la Federación Española de Fútbol (3ª División, División de Honor y Regionales Masculinas; Reto Iberdrola y Regionales Femenina), tanto de categorías juvenil y senior. Las edades estaban comprendidas entre 16-41 años (M=22.9; DT=5.7). La dedicación de los futbolistas incluía los entrenamientos (3-5 días), y la competición (1 día). Los jugadores pertenecían a la categoría juvenil (26%) y senior (74%).

### Instrumentos

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

Cuestionario de hábitos alimentarios del deportista (CHAD), (Dosil y Díaz, 2012). Está formado por 30 ítems de la escala global (puntuación total, FCT) y 4 subescalas: miedo a engordar en periodos de descanso (FC1), malestar psicológico asociado al peso y la figura ante comentarios y actitudes de los otros significativos (FC2), preocupación obsesiva por los alimentos y el peso en relación con sus compañeros (FC3) y opiniones relativas a la satisfacción corporal y a la autoimagen (FC4). Respuestas tipo Likert de 6 opciones (de 1=nunca a 6=siempre). Presenta una validez predictiva correlacionada con el cuestionario de detección clínica Eating Attitude Test (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), reflejando las puntuaciones obtenidas el riesgo de presentar sintomatología TA (a mayor puntuación mayor riesgo), siendo el punto de corte establecido de 100. La fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) es de .93. En este estudio, las respuestas se formularon en escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=nunca a 6=siempre), con punto de corte considerado por autor,  $FCT > 100$ . La consistencia interna de la escala fue de .93. Anexo 1: cuestionario CHAD.

Inventario de perfeccionismo multidimensional en el Deporte en competición (MIPS), (Pineda-Espejel et al., 2017). Versión corta y adaptación española del original, Multidimensional Inventory of Perfectionism in Sport (MIPS), (Stoeber et al., 2006, 2007). Este instrumento evalúa el perfeccionismo en competición. Está formado por 10 ítems de la escala global (puntuación total, FPT) y 2 subescalas: esfuerzo por la perfección (FP1) y reacciones negativas ante la imperfección (FP2). Respuestas tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente en acuerdo). Las puntuaciones obtenidas reflejan el perfeccionismo en competición (a mayor puntuación mayor perfeccionismo). La fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) es de .81. En este estudio, las respuestas se formularon en escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente en acuerdo), con punto de corte establecido considerado la desviación estándar  $\pm 1$  de

la muestra, 53.2. La consistencia interna de la escala fue de .90. Anexo 2: cuestionario MIPS.

Escala de impulsividad estado (EIE), (Iribarren et al., 2011). Está formada por 20 ítems de la escala global (puntuación total, FIMT) y 3 subescalas: gratificación (FIM1), automatismo (FIM2) y atencional (FIM3). Respuestas tipo Likert de 4 opciones (de 0=nunca a 3=siempre). validada en ámbito clínico para evaluar la conducta impulsiva asociada a estado. Las puntuaciones obtenidas reflejan la impulsividad estado (a mayor puntuación mayor impulsividad). La fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) es de .88. En este estudio, las respuestas se formularon en escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente en acuerdo), con punto de corte establecido considerado la desviación estándar  $\pm 1$  de la muestra, 70.4. La consistencia interna de la escala fue de .93. Anexo 3: cuestionario EIE.

Escala de dificultades de regulación emocional (DERS), (Hervás y Jódar, 2008). Adaptación al español del original, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), (Gratz y Roemer, 2004). Está formada por 28 ítems de la escala global (puntuación total, FDT) y 5 subescalas: descontrol emocional (FD1), rechazo emocional (FD2), interferencia cotidiana (FD3), desatención emocional (FD4) y confusión emocional (FD5). Respuestas tipo Likert de 5 opciones. Evalúa aspectos en el proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades implicando ausencia relativa de adaptación (a mayor puntuación mayor dificultad de regulación emocional). La fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) es de .93. En este estudio, las respuestas se formularon en escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente en acuerdo), con punto de corte establecido considerado la desviación estándar  $\pm 1$  de la muestra, 104.8. La consistencia interna de la escala fue de .91. Anexo 4: cuestionario DERS.

Escala de medición de identidad deportiva (AIMS), (Mateos, et al., 2010). Versión española del original, Athletic Identity Measurement (AIMS), (Brewer y Cornelius, 2001). Está formado por 10 ítems (puntuación total, FIDT) y 3 subescalas: identidad Social (FID1), exclusividad (FID2) y aspectos negativos del rendimiento (FID3). Respuestas tipo Likert de 7 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 7=totalmente de acuerdo). Este instrumento evalúa el grado de conformidad respecto a diferentes actitudes personales hacia el deporte (a mayor puntuación, mayor identidad deportiva). La fiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) es de .90. En este estudio, las respuestas están formuladas en una escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo). En este estudio, las respuestas se formularon en escala tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente en acuerdo), con punto de corte establecido considerado la desviación estándar  $\pm 1$  de la muestra, 52.7. La consistencia interna de la escala fue de .76. Anexo 5: cuestionario AIMS.

Cuestionario de Satisfacción Manifiesta (CS). Se formularon 4 ítems *ad-hoc* para recoger la satisfacción manifiesta respecto al peso (FS1), imagen corporal (FS2), capacidad física (FS3), talento técnico (FS4) y rendimiento (FS5). Respuestas tipo Likert de 6 opciones (de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo), estableciéndose las puntuaciones sobre: 1-2 insatisfacción, 3-4 normal y 5-6 satisfacción. Se hipotetizó la existencia de un modelo *a priori* consistente de 2 componentes: FSA (factor satisfacción peso-imagen corporal-capacidad física), explicando el 45% de la varianza e integrado por peso (FS1), imagen corporal (FS2) y capacidad física (FS3); y FSB (factor

satisfacción talento-rendimiento), explicando el 22% de la varianza, integrado por talento técnico (FS4) y rendimiento (FS5). El modelo fue confirmado mediante análisis factorial con una consistencia interna de .66. Se comprobó la idoneidad muestral ( $n=95$ ) mediante la prueba Kaiser-Meyer-Olkin, obteniendo .65, considerándose adecuada para realizar el análisis factorial. Anexo 6: cuestionario CS.

#### *Procedimiento*

Las respuestas a las escalas se recogieron a través de una encuesta on-line realizada a través de Google Forms, con una duración promedio por jugador de 12 minutos. El momento fue durante el inicio de la temporada de competición (septiembre), entre 1º-3º jornadas. Los técnicos fueron los colaboradores encargados de informar y exponer el procedimiento. La participación fue voluntaria. Todos los deportistas asintieron mediante consentimiento informado registrado los aspectos éticos del estudio.

#### *Análisis estadístico*

El análisis estadístico fue realizado mediante el programa IBM SPSS versión 25 (IBM Corp, 2017) para Windows., utilizando un intervalo de confianza del 95%. Los datos del análisis descriptivo se presentaron como media (M) y la desviación típica (DT). En la prueba de normalidad se utilizó la prueba del Kolmogórov-Smirnov ( $n>50$ ). En el análisis comparativo, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney-Wilcoxon y t de Student junto a la prueba de Levene. Para el análisis correlacional se empleó el coeficiente de Spearman. La desviación estándar  $\pm 1$  muestral para señalar puntajes altos en cada escala; excepto para la escala CHAD en los hábitos alimentarios con riesgo de desarrollar

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

TA, FCT>100, establecido por Dosil y Díaz (2012).

### RESULTADOS

En primer lugar, se realizó análisis descriptivo y se comprobó la normalidad de las variables a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov

(n>50). (Tabla 1). Las escalas no presentaban distribución normal, excepto la escala DERS.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo sobre la muestra del CHAD encontrándose que el 22% de los futbolistas presentaron hábitos alimentarios con riesgo de desarrollar TA (FCT>100), (Dosil y Díaz, 2012). coincidiendo en 11 casos por género. (Tabla 2).

Tabla 1  
*Análisis descriptivo y prueba de normalidad*

Escala	Total M(DT)	Prueba Kolmogórov-Smirnov		
		F	Sig	Normalidad
CHAD	79 (25.5)	.128	.001**	No
AIMS	46 (6.6)	.153	.000**	No
MIPS	44 (9.1)	.131	.000**	No
EIE	53 (17.1)	.156	.000**	No
DERS	83 (21.7)	.061	.200	Si
FSA	12 (3.5)	.133	.000**	No
FSB	8 (1.6)	.152	.000**	No

Nota. Prueba de Kolmogórov-Smirnov. \*p<.05, \*\*p<.001

Tabla 2  
*Análisis Descriptivo CHAD*

Escala	Mujeres		Hombres		Total	
	M (DT)	n (%) >100	M (DT)	n (%) >100	M (DT)	n (%) >100
CHAD	82 (26.5)	11 (11.5%)	77 (24.9)	11 (11.5%)	79 (25.7)	22 (23.1%)

Nota. M (media). DT (desviación típica).

Seguidamente, se realizó un análisis comparativo entre hombres y mujeres en relación a las escalas mediante la prueba U de Mann-Whitney-Wilcoxon en las variables con distribución no

normal (tabla 3), y la prueba t de Student junto a Levene en las variables con distribución normal (tabla 4). En relación al género, no existieron diferencias significativas en las escalas.

Tabla 3  
*Comparación entre mujeres y hombres en variables con distribución no normal.*

Escala	M Rango/Suma	H Rango/Suma	U Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig.
CHAD	51 (1901)	45 (2659)	948	2659	-.954	.340
AIMS	49 (1845)	46 (2714)	1003	2714	-.532	.595
MIPS	53 (1969)	44 (2590)	879	2590	-1.479	.139
EIE	50 (1875)	46 (2684)	973	2684	-.760	.447
FSA	46 (1737)	48 (2822)	1034	1737	-.295	.768
FSB	52 (1945)	45 (2615)	904	2615	-1.314	.189

Nota. Prueba U de Mann-Whitney-Wilcoxon. \*p<.05, \*\*p<.001

Tabla 4

*Comparación entre mujeres y hombres en variables con distribución normal.*

Escala	M	H	Prueba de Levene		Prueba de t de Student	
	M(DT)	M(DT)	F	Sig	t	Sig.
DERS	87 (23.8)	80 (20.0)	1.521	.221	-1.618	.109

Nota. Prueba t de Student y de Levene. \*p<.05, \*\*p<.001

A continuación, se realizó un análisis comparativo entre los futbolistas con puntuaciones en FCT menores y mayores de 100 (FCT<100 y FCT>100) en relación a las escalas mediante la prueba U de Mann-Whitney-Wilcoxon en las variables con distribución no normal

(tabla 5), y la prueba t de Student y de Levene en las variables con distribución normal (tabla 6). Se encontraron diferencias significativas, en relación a la identidad deportiva (AIMS) y el perfeccionismo (MIPS).

Tabla 5

*Comparación entre futbolistas según puntuaciones de CHAD, en variables con distribución no normal.*

Escala	CHAD <100	CHAD >100	U Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig.
	n=73	n=22				
	Rango/Suma	Rango/Suma				
AIMS	43 (3149)	64 (1410)	448	3149	-3.135	.002*
MIPS	41 (3056)	68 (1504)	355	3056	-3.958	.000*
EIE	47 (3485)	48 (1074)	784	3485	-.163	.870
FSA	49 (3595)	43 (964)	711	964	-.812	.417
FSB	47 (3454)	50 (1105)	753	3454	-.445	.656

Nota. Prueba U de Mann-Whitney-Wilcoxon. \*p<.05, \*\*p<.001

Tabla 6

*Comparación entre futbolistas según puntuaciones de CHAD, en variables con distribución normal.*

Escala	CHAD <100 n=73	CHAD >100 n=22	Prueba de Levene		Prueba de t de Student	
	M(DT)	M(DT)	F	Sig	t	Sig.
DERS	79 (18.0)	93 (29.2)	14.629	.000	-2.036	.052

Nota. Prueba t de Student y de Levene. \*p<.05, \*\*p<.001

Posteriormente, se realizó un análisis correlacional mediante el estadístico, coeficiente de Spearman, tras asumirse la no normalidad de la mayoría de las escalas mediante la prueba de Kormogorov-Smirnov (n>50), exceptuando FDT que presentó normalidad. Se encontró que los hábitos alimentarios (CHAD) presentaba correlación positiva con identidad deportiva (AIMS), perfeccionismo (MIPS) y

dificultad en regulación emocional (DERS), así como correlación negativa con el factor de satisfacción FSA (factor satisfacción peso-imagen corporal-capacidad física). También se encontró correlación negativa entre el factor de satisfacción FSA y la dificultad en regulación emocional (DERS), así como correlación positiva con el factor de satisfacción FSB (factor satisfacción talento-rendimiento). (Tabla 7).



## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

Tabla 7  
*Análisis correlacional.*

	CHAD	FSA	FSB	AIMS	MIPS	EIE	DERS
CHAD	1	-.228*	-.096	.321**	.366**	.009	.228*
FSA	-.228*	1	.324**	.183	.060	-.043	-.217*
FSB	.096	.324**	1	.204**	.105	-.150	-.042

Nota. Coeficiente de Spearman. \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$

Finalmente se recogieron los perfiles de los jugadores con hábitos alimentarios con riesgo de TA (CHAD, FCT>100) según presentasen puntajes altos en identidad deportiva (AIMS), perfeccionismo (MIPS), impulsividad (EIE) y dificultad en la regulación emocional (DERS). Se encontró por porcentaje de aparición; dificultad en la regulación

emocional en el 45%, identidad deportiva en el 31%, perfeccionismo en el 27% e impulsividad en el 27%. Y según el tipo de satisfacción; ningún factor en el 68%, insatisfacción en el factor FSA en el 22%, insatisfacción en el factor FSB en el 4.5% e insatisfacción en ambos factores en el 4.5%. (Tabla 7).

Tabla 7  
*Perfiles Jugadores.*

Perfil Jugadores	AIMS	MIPS	EIE	DERS	CS	Total
Jugador 7 (h)				*	FSA	
Jugador 11 (h)		*		*	FSA	
Jugador 21 (h)	*				FSA	5 (22%)
Jugador 38 (m)	+	+		+	FSA	
Jugador 42 (m)					FSA	
Jugador 20 (h)	*				FSB	1 (4.5%)
Jugador 29 (m)		+		+	FSA-FSB	1 (4.5%)
Jugador 8 (h)			*	*	no F	
Jugador 19 (h)	*			*	no F	
Jugador 33 (m)					no F	
Jugador 30 (m)					no F	
Jugador 50 (h)			*		no F	
Jugador 66 (h)					no F	
Jugador 69 (m)			+	+	no F	
Jugador 70 (m)		+	+	+	no F	15 (68%)
Jugador 78 (m)			+		no F	
Jugador 79 (m)					no F	
Jugador 81 (h)				*	no F	
Jugador 85 (h)	*	*	*	*	no F	
Jugador 87 (m)	+				no F	
Jugador 91 (h)	*	*			no F	
Jugador 92 (h)					no F	
Total	7 (31%)	6 (27%)	6 (27%)	10 (45%)		
Hombre	5 (22%)	3 (13.5%)	3 (13.5%)	6 (27%)		
Mujer	2 (9%)	3 (13.5%)	3 (13.5%)	4 (18%)		

Nota: Hombre (\*). Mujeres (+)

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue describir distintos perfiles subclínicos relacionados con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (TA) en futbolistas, a través de escalas que evalúan hábitos alimentarios, identidad deportiva, perfeccionismo, impulsividad y dificultad en la regulación emocional en deportistas; y mediante un cuestionario *ad-hoc* que recoge la satisfacción manifiesta sobre el peso, la imagen corporal, la capacidad física, el talento técnico y el rendimiento. Los objetivos secundarios fueron conocer la prevalencia de hábitos alimentarios con riesgo de TA, comparar variables respecto al género y conocer las relaciones entre las variables.

En cuanto a la prevalencia, un 23% de los futbolistas (11.5% hombres y 11.5% mujeres) presentaron hábitos alimentarios con riesgo de desarrollar un TA de la muestra (CHAD>100). Este resultado mostraba una mayor incidencia que los encontrados por Dosil y Díaz (2012) con un 11% (n= 475, deportistas en general) y 14% (n=308, deportistas de alto rendimiento); que en estudios más reciente de Baldó Vela y Bonfanti (2019) con un 14% (n=49, jugadores de rugby, baloncesto y fútbol) y de Godoy-Izquierdo et al., (2019) entre un 10.9-11.4% (n=357, deportistas de distintos deportes). Esta variabilidad en la incidencia puede explicarse por la selección muestral (Chapman y Woodman, 2016).

En cuanto al género, no se encontró diferencias en ninguna de las escalas; aunque las mujeres presentaron promedios superiores en todas ellas (excepto en el factor de satisfacción FSA). Este resultado, sin ser significativo, apoyaría la hipótesis confirmada por Godoy-Izquierdo y Díaz (2021), respecto que a pesar de presentar una satisfacción corporal alta de las mujeres futbolistas, también expresaban actitudes negativas hacia sus cuerpos por el deseo de ajustar el cuerpo a estándares ideales. En esta línea, los resultados de este estudio, promedios mayores en perfeccionismo, identidad deportiva, impulsividad y dificultad en regulación emocional, sugieren que

podrían participar como mediadores reflejándose en el deseo de ajustar el cuerpo a estándares ideales mencionados por Godoy-Izquierdo y Díaz (2021). Por otro lado, no se encontró diferencias en la identidad deportiva entre géneros, al contrario que en Hernández-Mulero y Berengüí, (2016).

En cuanto al análisis de las correlaciones, se encontró que los hábitos alimentarios con riesgo de TA (CHAD) presentaban correlación positiva con identidad deportiva (AIMS) ( $p<.001$ ), perfeccionismo (MIPS) ( $p<.001$ ) y dificultad en regulación emocional (DERS) ( $p<.05$ ); y correlación negativa con el factor de satisfacción FSA (factor satisfacción peso-imagen corporal-capacidad física) ( $p<.001$ ). También se encontró que el factor de satisfacción FSA presentaba correlación negativa con la dificultad en regulación emocional (DERS) ( $p<.001$ ) y correlación positiva con el factor de satisfacción FSB (factor satisfacción talento-rendimiento) ( $p<.05$ ). No se encontró relación con la escala de impulsividad (EIE). Estos resultados coinciden con Hernández-Mulero y Berengüí (2016) en la relación positiva de identidad deportiva con la obsesión por la delgadez y el perfeccionismo. También con Franco et al., (2011), y Behar et al., (2014) en cuanto al perfeccionismo como componente de los trastornos alimentarios. Sin embargo, este estudio no alcanza a matizar las vías específicas y diferenciadas en base al perfeccionismo y el trastorno obsesivo-compulsivo repercuten en los trastornos alimentarios señalados por Vanzhula et al., (2021). Además, coinciden los resultados con la relación entre la dificultad en la regulación emocional y los trastornos alimentarios señalados por Calvo, et al., (2014) y Konopa (2019). Pero, estos resultados no refuerzan la relación de la impulsividad en los trastornos alimentarios recogidos en los estudios (Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016; de Sola et al., 2013; Gempeler Rueda, 2006; Heber y Carpenter, 2011; Pretlow, 2011).

Entre los factores de satisfacción manifiesta extraídos del cuestionario *ad-hoc* (CS), el factor de satisfacción FSA (factor satisfacción peso-imagen corporal-

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

capacidad física) presentó correlación negativa con los hábitos alimentarios ( $p < .001$ ) y con la dificultad en la regulación emocional ( $p < .001$ ), que a su vez correlacionaba positivamente con los hábitos alimentarios ( $p < .001$ ). En cambio, el factor FSB (factor satisfacción talento-rendimiento) presentó correlación positiva con la identidad deportiva ( $p < .05$ ), que a su vez correlacionaba positivamente con hábitos alimentarios ( $p < .05$ ). Estos resultados sugieren que, en la mayoría de los casos con hábitos alimentarios con riesgo de TA, la regulación emocional tendría un papel primordial como mediador de la satisfacción en el peso, la capacidad física y la imagen corporal. Sin embargo, existiría algunos casos, en los que el componente de identidad deportiva tendría un papel más relevante en el desarrollo de hábitos alimentarios con riesgo de TA y que se reflejaría en la satisfacción con el talento técnico y el rendimiento.

En cuanto a los perfiles subclínicos, los componentes por porcentaje de aparición: dificultad en la regulación emocional en un 45%, identidad deportiva en un 31%, perfeccionismo en un 27% e impulsividad en 27%. Todos ellos presentaron correlación con hábitos alimentarios, excepto la impulsividad (EIE). Estos resultados sugieren que la impulsividad podría tener participación en las actitudes de los perfiles con riesgo de TA, aunque en este estudio no se demuestra su relación. Respecto al tipo de satisfacción, por orden de ocurrencia; ningún factor en el 68%, insatisfacción en el factor FSA en el 22%, insatisfacción en el factor FSB en el 4.5% e insatisfacción en ambos factores en el 4.5%. Los hábitos alimentarios con riesgo de TA no implicarían la insatisfacción manifestada en FSA recogida en el 68% de los casos; esta discrepancia pudiese reflejarse en la subjetividad del deportista por falta de consciencia de los hábitos alimentarios desplegados. Por otro lado, la insatisfacción conjunta en ambos factores (FSA-FSB) en el 4.5%, expone un perfil infrecuente, aunque con focalización en los dos elementos primordiales de un deportista y que implicaría un matiz en el riesgo de desarrollar TA.

Los resultados del estudio confirman la hipótesis principal de trabajo que mayor riesgo de trastorno alimentario conlleva mayor perfeccionismo, identidad deportiva, impulsividad y dificultad en regulación emocional. Si bien, en el caso de la impulsividad, no queda claro la vinculación puesto que no aparece como factor diferenciador entre deportistas con riesgo de trastorno alimentario (tabla 4), sin embargo, aparece como componente entre los deportistas con riesgo (tabla 7). Este resultado sugiere que el componente de impulsividad plantea mayor necesidad de investigación en la línea de los trastornos alimentarios en el deporte, concretamente en la bulimia nerviosa referida por Gempeler Rueda (2006) y Castro-Zamudio & Castro-Barea, 2016.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar: el tipo de muestro intencional no permite la generalizado. En segundo lugar, se necesita medidas objetivas tanto relativas a la composición corporal de los deportistas, como a los parámetros fisiológicos de capacidad física para determinar el estado físico real no confirmatorios de los sesgos de los deportistas en relación con los factores de satisfacción FSA y FSB. En tercer lugar, la sensibilidad y la especificidad de las escalas mediante el método de desviación estándar  $\pm 1$ , puede disponer de errores falsos positivos y falsos negativos. En cuarto lugar, la utilización de autoinformes puede presentar sesgos de deseabilidad social y se necesita de capacidades de autoobservación considerable de los participantes.

Finalmente, para futuras investigaciones sería interesante proceder con muestreo por conglomerados. Así, como añadir variables psicológicas mediadoras no incluidas en el estudio además de matizar el papel de la impulsividad en el perfil de deportistas con riesgos de trastornos alimentarios. También se puede extrapolar el estudio a otras disciplinas deportivas y compararse para analizar diferencias contextuales.

## CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados del estudio confirman la existencia de diferentes perfiles subclínicos con riesgo de TA, los cuales pueden diferenciarse tanto por los componentes de regulación emocional, identidad deportiva y perfeccionismo; como por la insatisfacción manifestada. Estas variables confluirían con los hábitos alimentarios con riesgo de TA en la precipitación del trastorno. Sería interesante investigaciones futuras que ampliaran y confirmasen el análisis de los perfiles subclínicos descritos.

## APLICACIONES PRÁCTICAS

Este estudio muestra un procedimiento para conocer las variables psicológicas de los futbolistas de una plantilla en relación con los hábitos alimentarios mediante escalas validadas de aplicación rápida y fácil, permitiendo recoger los diferentes perfiles subclínicos con riesgo de TA. Es necesario completar con una entrevista semiestructurada para valorar el riesgo con información adicional confirmatoria o desconfirmatoria. El estudio también permite el asesoramiento a entrenadores tanto en la detección inicial de posibles casos (Selby y Reel, 2011), por indicios de ocultamiento (Plateau et al., 2014) o en las indicaciones a deportistas sobre optimización de la alimentación y el rendimiento (Turocy et al., 2011). En esta línea, la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo de Estados Unidos señala la importancia de la formación sobre nutrición deportiva y alteraciones alimentarias, así como el uso de procedimientos del control de peso y de métodos de modificación de la composición corporal seguros, razonables e individualizados y basados en evidencia científica, así como el asesoramiento profesional sanitario identificado y registrado en la administración sanitaria competente. Los profesionales de la psicología del deporte y el fútbol pueden añadir entre sus competencias (Peris-Delcampo y Cantón, 2018) la detección de las manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios para una derivación sanitaria o

una intervención en un contexto multidisciplinar con supervisión sanitaria.

## REFERENCIAS (APA 7ª EDICION)

1. Alonso, M. (2018). Categorización de la carga externa en el fútbol moderno. *Revista de Preparación Física en el Fútbol*. ISSN, 1889(5050), 5050.
2. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.)*. Washington, DC: Autor.
3. Ato, M., López-García, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
4. Baldó Vela, D., y Bonfanti, N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5), 1171-1178.
5. Behar, R., Gramegna, G., y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272014000200006>
6. Borda Mas, M. D. L. M., Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Sánchez Martín, M., Río Sánchez, C. D., y Beato Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (1), 12-21
7. Brewer, B. W., y Cornelius, A. E. (2001). Norms and factorial invariance of the Athletic Identity Measurement Scale. *Academic athletic journal*, 15(2), 103-113.
8. Castejón Martínez, M. Á., y Berengüí Gil, R. (2019). Personality differences and psychological variables related to risk for eating disorders.
9. Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem M., Codesal, R., Blanco, A. y Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25, 19-37. <https://doi.org/10.5093/cl2014a1>
10. Castro-Zamudio, S., y Castro-Barea, J. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

- asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(2), 22-30. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v9i2.13205>
11. Chapman, J., y Woodman, T. (2016). Disordered eating in male athletes: a meta-analysis. *Journal of Sports Sciences*, 34(2), 101-109. <https://doi.org/10.1080/02640414.2015.1040824>
  12. Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 116-124. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>
  - de Sola Gutiérrez, J., Valladolid, G. R., y de Fonseca, F. R. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145-155. <https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.211>
  13. Díaz, I., Godoy-Izquierdo, D., Navarrón, E., Ramírez, M. J. y Dosil, J. (2018). Eating disorders in sports and football: An updated review. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 18(2), 43-56.
  14. Díaz, I., Ramírez, M. J., Navarrón, E., y Godoy-Izquierdo, D. (2019). Creencias, actitudes y conductas de riesgo de entrenadores en relación con el peso de sus deportistas: un estudio descriptivo. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico* 4, 1-8. <https://doi.org/10.5093/rpadef2019a10>
  15. Dosil, J. y Díaz, I. (2012). Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento. Madrid: Ed. Consejo Superior de Deportes.
  16. Dosil Díaz, J., Díaz Ceballos, I., Viñolas Ramisa, A., & Díaz Fernández, O. (2012). Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 163-166. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000100019>
  17. Falces, M., Revilla, R., Coca, A., y Martín, A. (2016). Revisión: ¿Es la composición corporal un buen predictor de rendimiento y salud en fútbol? *Revista de Preparación Física en el Fútbol*. ISSN, 1889, 5050.
  18. Franco, K., Mancilla, J., Vázquez, R., Álvarez, G., y López, X. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10(3), 829-840. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.ppic>
  19. Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
  20. Gempeler Rueda, J. (2006). Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 353-362.
  21. Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
  22. Godoy-Izquierdo, D., Díaz, I., Ramírez, M. J., Navarrón, E. y Dosil, J. (2019). Risk for eating disorders in “high”- and “low”-risk sports and football (soccer): A profile analysis with clustering techniques. *Revista de Psicología del Deporte*, 28(2), 117-126.
  23. Godoy-Izquierdo, D., y Díaz, I. (2021). Inhabiting the Body (ies) in Female Soccer Players: The Protective Role of Positive Body Image. *Frontiers in Psychology*, 4086. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718836>
  24. Gouttebauge, V., Backx, F. J., Aoki, H., y Kerkhoffs, G. M. (2015). Symptoms of common mental disorders in professional football (soccer) across five European countries. *Journal of sports science & medicine*, 14(4), 811. <https://doi.org/10.1515/hukin-2015-0130>
  25. Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., y Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*, 31(5), 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
  26. Heber, D., y Carpenter, C. L. (2011). Addictive genes and the relationship to obesity and inflammation. *Molecular neurobiology*, 44(2),

- 160-165. <https://doi.org/10.1007/s12035-011-8180-6>
27. Hernández-Mulero, N., y Berengüi, R. (2016). Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 37-44.
28. Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
29. Hulley, A. J., y Hill, A. J. (2001). Eating disorders and health in elite women distance runners. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 312-317. <https://doi.org/10.1002/eat.1090>
30. IBM Corp (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
31. Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M., y Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 49-60.
32. Jáuregui, I., Santiago, M. J. y Estébanez, S. (2009). Eating behaviour disorders and personality: A study using MCMI-II. *Atención Primaria*, 41(4), 201-206. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002>
33. Jones, R. L., Glimtmeier, N., y McKenzie, A. (2005). Slim bodies, eating disorders and the coach-athlete relationship: A tale of identity creation and disruption. *International review for the sociology of sport*, 40(3), 377-391. <https://doi.org/10.1177/1012690205060231>
34. Konopa, J. A. (2019). Eating Disorders in Athletes: The Role of Perfectionism, Body Dissatisfaction, Neuroticism, Emotion Regulation, and the Internalization of Thinness Norms (Doctoral dissertation, The Florida State University).
35. Kremžar Jovanović, B., Smrdu, M., Holnthaner, R., y Kajtna, T. (2022). Elite Sport and Sustainable Psychological Well-Being. *Sustainability*, 14(5), 2705. <https://doi.org/10.3390/su14052705>
36. Latorre, P. A., Jiménez, A., Párraga, J. y García, F. Dependencia al ejercicio físico e insatisfacción corporal en diferentes deportes de resistencia y su relación con la motivación al deporte. *Rev Psicol Dep* 25(1), 113–120 (2016).
37. López-Morales, J. L., Moreno, F. J. O., & de Los Fayos, E. J. G. (2019). Análisis del Síndrome de Edorexia y su relación con la actividad física en población universitaria. *Informació psicològica*, (118), 81-88.
38. Macias, L., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1 - 8.
39. Mala, L., Maly, T., Zahalka, F., Bunc, V., Kaplan, A., Jebavy, R., y Tuma, M. (2015). Body composition of elite female players in five different sports games. *Journal of human kinetics*, 45(1), 207-215. <https://doi.org/10.1515/hukin-2015-0021>
40. Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
41. 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. *Kinesiologia Slovenica*, 16, 30-43.
42. Mauro-Martín, I., Garicano-Villa, E., González-Fernández, M., Villacorta-Pérez, P, Megias-Gamarra, A., Miralles-Rivera, B., Figueroa-Borque, M., Andrés-Sánchez, N., Bonilla-Navarro, M.A., Arranz-Poza, P., Bernal-Maurandi, M.D., RuizLeón, A.M., Moraleda-Ponzol, E. y de la Calle-de la Rosa, L. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1324-1332.
43. Orrit, G. (2019). Muscle Dysmorphia: predictive and protective factors in adolescents. *Cuadernos de psicología del deporte*, 19(3), 1-11. <https://doi.org/10.6018/cpd.347981>
44. Pérez-Hernández, P., Olmedilla-Caballero, B., Gómez-Espejo, V., y Olmedilla, A. (2020). Relación entre perfeccionismo y salud mental en futbolistas jóvenes: diferencias entre categorías deportivas. *JUMP*, (2), 7-15. <https://doi.org/10.17561/jump.n2.1>
45. Peris-Delcampo, D. y Cantón, E. (2018). El perfil profesional del psicólogo especialista en psicología del deporte en fútbol. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y el Ejercicio Físico*, 3(1), Artículo e9. <https://doi.org/10.5093/rpadef2018a6>
- Pineda-Espejel, A., Alarcón, E.I., López-Walle, J.M. y Tomás-Marco, I. (2017). Adaptación al español de la versión corta del Inventario de Perfeccionismo Multidimensional en el Deporte en competición. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação*

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

- Psicológica*, 43, 45-57.  
[https://doi.org/10.21865/ridep43\\_45](https://doi.org/10.21865/ridep43_45)
46. Plateau, C. R., McDermott, H. J., Arcelus, J., y Meyer, C. (2014). Identifying and preventing disordered eating among athletes: Perceptions of track and field coaches. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(6), 721-728.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.11.004>
47. Pretlow, R. A. (2011). Addiction to highly pleasurable food as a cause of the childhood obesity epidemic: a qualitative Internet study. *Eating disorders*, 19(4), 295-307.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2011.584803>
48. Quiles, Y. y Terol, M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (02) 259-280
49. Ravaldi C, Vannacci A, Zucchi T, Mannucci E, Cabras P, L, Boldrini M, Murciano L, Rotella C, M, Ricca V. (2003). Eating Disorders and Body Image Disturbances among Ballet Dancers, Gymnasium Users and Body Builders. *Psychopathology* 2003;36:247-254.  
<https://doi.org/10.1159/000073450>
50. Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.ffrp>
51. Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L., y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de investigaciones*, 18, 81-88.
52. Selby, C. L., y Reel, J. J. (2011). A coach's guide to identifying and helping athletes with eating disorders. *Journal of Sport Psychology in Action*, 2(2), 100-112.  
<https://doi.org/10.1080/21520704.2011.585701>
53. Stoeber, J., Otto, K., y Stoll, O. (2006). Multidimensional inventory of perfectionism in sport (MIPS): English version.  
<https://doi.org/10.1037/t20631-000>
54. Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., y Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, 42, 959-969 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.006>
55. Sundgot-Borgen, J., y Torstveit, M. K. (2007). The female football player, disordered eating, menstrual function and bone health. *British journal of sports medicine*, 41(suppl 1), i68-i72.  
<https://doi.org/10.1136/bjism.2007.038018>
56. Teixidor-Batlle, C., Ventura, C., y Andrés, A. (2021). Eating Disorder Symptoms in Elite Spanish Athletes: Prevalence and Sport-Specific Weight Pressures. *Frontiers in Psychology*, 11, 3612.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559832>
57. Troscianko, E. T., y Leon, M. (2020). Treating eating: A dynamical systems model of eating disorders. *Frontiers in psychology*, 11, 1801.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01801>
58. Turocy PS, DePalma BF, Horswill CA, Laquale KM, Martin TJ, Perry AC, Somova MJ, Utter AC & National Athletic Trainers' Association (2011). National Athletic Trainers' Association position statement: safe weight loss and maintenance practices in sport and exercise. *J Athl Train* 46(3): 322- 36. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-46.3.322>
59. Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S., y Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and Difficulty Controlling Thoughts Bridge Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: A Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 283, 302-309.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083>
60. Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.

## Aguilar Gómez, Antonio

### ANEXOS

#### Anexo 1

**CHAD** (Dosil y Díaz, 2012)  
Respuesta Tipo Likert 6 opciones  
(de 1=nunca a 6=siempre)

	1	2	3	4	5	6
1. Hablo mucho de dietas con mis compañeros/as						
2. Pienso constantemente en mi cuerpo.						
3. Me pone nervioso que el entrenador controle mi peso.						
4. Estoy preocupado/a por mi peso.						
5. Si he comido mucho me arrepiento.						
6. Me altero con facilidad si hablo de mi cuerpo.						
7. Cuento las calorías que tienen los alimentos que como.						
8. Cuando termino la temporada, sigo practicando deporte para no subir de peso.						
9. Me comparo con mis compañeros/as, para ver quién está más delgado.						
10. Estoy satisfecho/a con mi peso.						
11. Sigo haciendo ejercicio en vacaciones para mantenerme en el mismo peso.						
12. Me enfurezco cuando alguien comenta algo de mi cuerpo.						
13. Me preocupan las calorías que tienen los alimentos que como.						
14. Me agobia/agobiaría que me pesen/pesaran frecuentemente.						
15. Me agobia no hacer ejercicio porque subo de peso.						
16. Me afecta que el entrenador diga algo sobre mi peso.						
17. No puedo disminuir la actividad física, pues engordaría mucho.						
18. Pienso constantemente en cómo puedo adelgazar.						
19. Pienso constantemente en lo que como						
20. Me agobia subir de peso en las vacaciones.						
21. Si el entrenador habla del peso, me pongo nervioso/a.						
22. Tengo miedo a coger peso cuando no entreno.						
23. Comparo mi peso con el de mis compañeros/as.						
24. Si he subido de peso, tomo medidas de inmediato para bajarlo.						
25. Me siento mal si mis compañeros/as me dicen algo sobre mi cuerpo.						
26. Durante los periodos de descanso me preocupa coger peso.						
27. Evito tomar alimentos que engordan.						
28. Estoy satisfecho/a con mi figura.						
29. Me siento bien si peso menos que mis compañeros/as.						
30. Si he comido mucho, la siguiente comida no la hago.						

#### Anexo 2



## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

**MIPS** (Pineda-Espejel et al., 2017).

Respuesta Tipo Likert 6 opciones

(de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6
1. Me esfuerzo por ser lo más perfecto(a) posible,						
2. Es importante para mí ser perfecto(a) en todo lo que intento.						
3. Siento la necesidad de ser perfecto(a).						
4. Soy perfeccionista en la búsqueda de mis objetivos.						
5. Tengo el deseo de hacer todo a la perfección.						
6. Me siento extremadamente tensionado(a) si las cosas no van a la perfección.						
7. Me siento completamente furioso(a) si cometo errores.						
8. Me frustro si no cumplo mis expectativas.						
9. Después de la competición me siento deprimido(a) si no he sido perfecto(a).						
10. Si algo no sale a la perfección durante la competición o partido, no estoy satisfecho(a) con la competición o partido.						

### Anexo 3

**EIE** (Iribarren et al., 2011).

Respuesta Tipo Likert adaptada a 6 opciones

(de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6
1. Busco actividades en las que obtengo un placer rápido, aunque sean perjudiciales.						
2. Suelo caer en tentaciones que me dificultan cumplir con un compromiso.						
3. Busco conseguir beneficios inmediatos, en vez de esperar algo mejor más tarde.						
4. Continúo haciendo determinadas actividades placenteras a pesar de que los demás me advierten que me perjudican.						
5. Cuando algo se me antoja voy a por ello de forma inmediata, sin poder esperar.						
6. Obtengo más placer transgrediendo que controlando mis acciones.						
7. Me cuesta controlar mis reacciones cuando no consigo lo que deseo.						
8. Me cuesta parar de hacer algo aunque vea que me estoy equivocando.						
9. Tengo reacciones automáticas que no puedo evitar.						
10. Si hago algo y no obtengo los resultados que espero, me cuesta hacer algo diferente.						
11. Suelo reaccionar de la misma forma aunque no sea el momento o el sitio apropiado.						
12. No tengo freno a mis reacciones por más que alguien me diga que pare.						
13. Repito muchas veces la misma forma de actuar aunque no consiga lo que busco.						
14. Suelo equivocarme porque reacciono tan rápido que no presto suficiente atención a los detalles.						
15. Ante un imprevisto actúo sin pensar en las consecuencias.						
16. Saco conclusiones erróneas por no esperar el tiempo adecuado.						
17. En ocasiones dejo de prestar atención a las consecuencias inmediatas de mis acciones.						
18. Respondo antes de que hayan terminado de formular una pregunta.						
19. En algunas situaciones no espero lo suficiente y actúo antes de tiempo.						
20. Actúo sin pensar que otras personas que puedan enfadarse por lo que hago.						

## Aguilar Gómez, Antonio

### Anexo 4

#### DERS (Hervás y Jódar, 2008).

Respuesta Tipo Likert adaptada a 6 opciones

(de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6
1. Percibo con claridad mis sentimientos.						
2. Presto atención a cómo me siento.						
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.						
4. No tengo ni idea de cómo me siento.						
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.						
6. Estoy atento a mis sentimientos.						
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.						
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.						
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.						
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera,						
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.						
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.						
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.						
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.						
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.						
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.						
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.						
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.						
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.						
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.						
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.						
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.						
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.						
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre sí mismo.						
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.						
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.						
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.						
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.						

## Manifestaciones subclínicas de trastornos alimentarios en futbolistas

### Anexo 5

**AIMS** (Mateos, et al., 2010).

Respuesta Tipo Likert adaptada a 6 opciones

(de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6
1. Me considero un deportista.						
2. Tengo muchos objetivos relacionados con el deporte.						
3. La mayoría de mis amigos son deportistas.						
4. El deporte es la parte más importante de mi vida.						
5. Pienso más en el deporte que en cualquier otra cosa.						
6. Necesito hacer deporte para sentirme bien conmigo mismo						
7. La gente me ve primordialmente como un deportista.						
8. Me siento mal conmigo mismo cuando no rindo bien en el deporte						
9. El deporte es la única cosa importante en mi vida						
10. Me deprimiría mucho si me lesionase y no pudiese competir						

### Anexo 6

**CS**

Respuesta Tipo Likert 6 opciones

(de 1=totalmente en desacuerdo, a 6=totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6
1. Estoy satisfecho/a con mi peso						
2. Estoy satisfecho/a con mi imagen corporal						
3. Estoy satisfecho/a con mi capacidad física.						
4. Estoy satisfecho/a con mi talento técnico						
5. Estoy satisfecho/a con mi rendimiento						

## Aguilar Gómez, Antonio

### Correcciones

#### CHAD

FC1	8-11-15-17-20-22-24-26	
FC2	3-6-12-14-16-21-25	
FC3	1-2-5-7-9-13-19-23-27-29-30	
FC4	4-10-18-28	
FCT	FC1+FC2+FC3+FC4	

#### AIMS

FID1	1-2	
FID2	3-4-5	
FID3	6-7-8-9-10	
FIDT	FID1+FID2+FID3	

#### MIPS

FP1	1-3-5-7-9	
FP2	2-4-6-8-10	
FPT	FP1+FP2	

#### EIE

FIM1	1-2-3-4-5-6-7	
FIM2	8-9-10-11-12-13	
FIM3	14-15-16-17-18-19-20	
FIMT	FIM1+FIM2+FIM3	

#### DERS

FD1	3-13-14-15-17-22-25-26-28	
FD2	10-11-18-19-20-23-24	
FD3	12-16-21-27	
FD4	2-6-7-9	
FD5	1-4-5-8	
FDT	FD1+FD2+FD3+FD4+FD5	

#### CS

FS1		
FS2		
FS3		
FS4		
FS5		
FSA		
FSB		