

INFLUENCIA DEL ESTILO DE ENTRENAMIENTO EN LA DISPOSICIÓN A DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN GIMNASTAS DE COMPETICIÓN

M. Carmen Sánchez Gombáu

Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España

Irene Vila

Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España

Esther Garcia-Buades Alicia Ferrer

Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España

Nuria Domínguez

Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España

RESUMEN: El objetivo de esta investigación se ha centrado en como influye el entrenamiento y el estilo de la entrenadora en la disposición a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en gimnastas de competición. Nos parecía interesante conocer el peso específico tanto del estilo de comunicación la entrenadora de las gimnastas, como del hecho de que compitieran, siempre con el objetivo final de prevenir el desarrollo en las personas de un trastorno de la conducta alimentaria.

PALABRAS CLAVE: Estilo de entrenamiento, trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT: The objective of this investigation has been centred in knowing the train and the coach in the disposition to develop eating disorders in gymnasts in competition. It seemed to us interesting to as much know the weight specific the style of the trainer of the gymnasts, like of the fact that they competed, with the final objective of preventing the development in the persons of eating disorders

KEY WORDS: Style of train, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y especialmente la Anorexia y Bulimia nerviosas, se han convertido en unos de los trastornos mentales que más afectan a jóvenes y adolescentes.

El análisis y estudio de factores de riesgo en Trastornos de la Alimentación ha adquirido relevancia recientemente en la literatura. Y así tenemos que, en los últimos años, la mayoría de los estudios que intentan establecer factores de riesgo implicados en la etiología de los trastornos alimentarios.

Los estudios epidemiológicos muestran unas prevalencias, en población general, que oscilarán entre 1-2% en Anorexia Nerviosa y entre 2-5% en Bulimia Nerviosa.

En el ámbito del deporte se detecta una prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario superior a la hallada en la población general, especialmente en algunas especialidades deportivas (Toro, 1996) Muchos deportistas de elite, o que están en camino de serlo, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable (Toro, 1996).

Para Sánchez Molina, Ibáñez Salmerón y García Pérez-Carro (2001) la prevalencia varía desde el 15 hasta el 62%, afectando, en más del 90% de los casos, a muchachas adolescentes o mujeres. Sin embargo, Wilmore y Costill (1998) estiman la prevalencia en un 50% para las deportistas de elite.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN DEPORTES ESPECÍFICOS

Los problemas nutricionales alcanzan su grado máximo en mujeres que participan en actividades de danza (Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987) y en deportes como la gimnasia, los saltos de trampolín y el patinaje artístico, donde la imagen corporal entra a formar parte del juicio subjetivo (Teitz, 1998), además de las corredoras de fondo o las jugadoras de balonvolea (Gould, Jackson y Finch, 1992; Squire, 1994).

No obstante se encuentran deportistas de sexo femenino con trastornos de la ingesta en la práctica totalidad de las disciplinas deportivas (Toro, 1996); y a pesar de la dramática pérdida de peso que supone para el deportista, niegan a menudo que estén sometidos a dieta.

Estos trastornos parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo. Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) aportan los siguientes datos: gimnasia (74%) frente a balonvolea (21%); más en deportistas de elite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres (90-95%) que en varones (5-10%), y más en adolescentes que en adultos.

Los hábitos alimentarios correctos son fundamentales para el rendimiento deportivo y las anomalías nutricionales pueden influir muy significativamente en el rendimiento del deportista. La presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de patología de la conducta alimentaria.

Aunque como hemos dicho anteriormente, en todos los deportes existe el riesgo de presentar trastornos en la conducta alimentaria, encontramos fundamentalmente cuatro grupos de deportes donde surgen, con mayor frecuencia, comportamientos alimentarios patológicos (Beals y Manore, 1994; Daluiski, Rahbar y Meals, 1997; Teitz, 1998; Sundgot-Borgen, 1994; Wilmore y Costill, 1998):

- ⊙ Deportes que establecen categorías de peso: boxeo, lucha, halterofilia.

- ⊙ Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para la mejora del rendimiento en la competición: remeros, piragüistas y jockeys.
- ⊙ Deportes de resistencia: fondo, medio fondo y maratón.
- ⊙ Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos y que requieren buena presencia ante los jueces: ballet, gimnasia, patinaje artístico y aeróbic.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN GIMNASTAS DE COMPETICIÓN

En nuestro grupo objeto de estudio, donde la figura delgada y atractiva son aspectos que se juzgan en la ejecución, hace que las gimnastas se enfrenten al dilema de estar a la vez más fuertes y más delgadas que las adolescentes de su edad, y soportan una gran presión para adelgazar.

Dado que en los entrenamientos consumen poca energía, a nivel aeróbico, el recurso más utilizado es recurrir a dietas restrictivas pero que intentan ser completas para mantener un peso corporal bajo.

La tremenda presión que sufren les lleva a consumir dietas bajas en calorías y menos nutrientes de los necesarios para su edad y a desarrollar conductas patológicas para el control del peso, tales como el consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes.

Entre los estudios realizados en este deporte podemos destacar:

- Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) pusieron de manifiesto que el 74% de las gimnastas de los colegios universitarios vomitaban más de dos veces por semana, consumían laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o hacían ayunos.
- Rosen y Hough (1988) hallaron que todas las gimnastas de sus investigaciones practicaban dietas restrictivas. La mitad de estas deportistas intentaban aumentar el rendimiento, pero la otra mitad pretendían mejorar el aspecto físico. El 62% practicaban por lo menos una forma de control patógeno del peso: vómitos autoinducidos, píldoras adelgazantes, ayuno, consumo de diuréticos, restricción de líquidos y uso indebido de laxantes.
- Sundgot-Borgen (1996) con 12 mujeres del equipo nacional noruego de gimnasia rítmica (algunas de ellas cumplían los requisitos establecidos por el DMS III-R para el diagnóstico de la anorexia nerviosa), muestra los siguientes resultados: todas las gimnastas estaban a dieta a pesar de estar extremadamente delgadas, presentaban retraso en la madurez, irregularidades menstruales, déficit energético, alta frecuencia de lesiones y un alto volumen de entrenamiento.

Respecto al nivel de competición algunos factores que crean riesgo (intensa presión hacia la delgadez, un alto volumen de entrenamiento y perfeccionismo) son más acusados en atletas de élite. Pero bien es cierto que es difícil que una atleta con trastornos alimentarios pueda rendir a este nivel, por lo que es de suponer que son más probables estos trastornos en atletas que no consiguen alcanzar o mantenerse en la alta competición (Sundgot-Borgen, 1994a; Hausenblas y Carron, 1999). La gran mayoría de las investigaciones consultadas apuntan que el nivel de competición no es una variable tan importante como el tipo de deporte en términos de predisponer a una atleta a desarrollar sintomatología de trastornos de la alimentación.

En relación a los hábitos alimentarios, es fundamental que estos sean correctos para un buen rendimiento deportivo, ya que las anomalías nutricionales pueden influir muy significativamente

en el rendimiento del deportista. Aunque los hábitos alimentarios y los estilos alimentarios familiares, durante infancia y temprana adolescencia, hallan sido escasamente contemplados hasta el momento en los estudios sobre factores de riesgo en TCA se ha demostrado que son relevantes en población general (Birch, et al, 2001, Barker et al. 2000; Carper et al., 2000; Grogan et al., 2000).

En este sentido, creemos relevante citar las conclusiones halladas en el estudio sobre hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación. En ellas se enfatiza, por una parte, el papel que juegan como predictores de factores de riesgo durante la infancia y pubertad (con anterioridad a los 12 años): no desayunar antes de ir al colegio, excesiva importancia de la madre por la comida y comer dulces o chucherías en exceso. Y, por otra parte, el valor que poseen, como factor protector de padecer un TCA, la existencia de hábitos nutricionales adecuados y de una alimentación regular durante la infancia, al ser comparados casos y controles (Fernández-Aranda; Ramón; Badía; Giménez; Solano; Collier; Treasure, 2004).

Haciendo referencia al artículo publicado por Rosa Romay López (2002) sobre la anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años hemos extraído algunos resultados que nos muestran lo siguiente: El 18% de los encuestados no desayunan nada, el 11% solo un café. Las razones que dan son "me dan arcadas, falta de hambre o tiempo". El 71% restante desayunan bien. Un 2.3% de los niños consumen bebidas light con las comidas o entre horas, hasta un 23.3% refrescos con gas y colas, el 74.4% restante beben agua. Hasta un 21% de los encuestados han sustituido a veces alguna comida por productos dietéticos. Un 7.5% prefieren comer solos. El 34% refiere haber hecho dieta alguna vez, de estos un 23.3% lo hizo por adelgazar. Y hasta un 40% admitió calcular las calorías de lo que comen.

Otro trabajo a destacar es el realizado por Sundgot-Borgen (1993) para evaluar la cantidad de nutrientes que toman un grupo de mujeres noruegas, deportistas de elite, diagnosticadas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Entre los datos más relevantes hay que destacar que la mayor parte de estas deportistas seguían dietas muy bajas en calorías y nutrientes (los nutrientes más deficitarios que se encontraron fueron: proteínas, calcio, vitamina D y hierro), cuya media era más baja, incluso, que la recomendada para las mujeres trabajadoras.

Finalmente, recalcar que en 1987 el Comité Olímpico estadounidense determinó que el promedio de tejido graso corporal necesario para un funcionamiento saludable era del 14-16% del peso corporal para los varones y del 20-22% para las mujeres. En cambio, los atletas masculinos jóvenes se esfuerzan por conseguir un porcentaje de grasa corporal del 5 al 7%; y es más, las gimnastas suelen poseer aproximadamente un 7-9% de grasa corporal.

Al igual que la situación actual en la población general, las deportistas suelen correr un riesgo mucho mayor que los deportistas varones. Estos trastornos parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, los datos que aportan en este sentido Rosen, McKeag y Hough y Curley (1986) son los siguientes: gimnasia (74%) frente a balonvolea (21%); más en deportistas de elite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres (90-95%) que en varones (5-10%), y más en adolescentes que en adultos.

MÉTODO

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Partiendo de los datos comentados, el objetivo de la investigación se centró en conocer la incidencia de determinadas conductas y factores de riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en una población de practicantes de gimnasia, tanto rítmica como deportiva.

Nos centramos en dos hipótesis de trabajo:

1. La competición no sería un factor significativo en la tendencia a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.
2. El estilo de la entrenadora influiría en el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

La investigación que presentamos es un estudio descriptivo de carácter correlacional, donde hemos intentado recoger las variables más significativas relacionadas con los principales factores de riesgo implicados en la realización de dichas conductas

MUESTRA Y METODOLOGÍA

Para la realización de la investigación utilizamos una muestra de 63 gimnastas, pertenecientes a 4 clubes deportivos de Palma de Mallorca.

Para la recogida de datos utilizamos una batería de pruebas formada por: una anamnesis de elaboración propia; el Inventario de Trastornos de la Ingesta (Eating Disorder Inventory) (EDI) diseñado por Garner y cols. en 1983. De este cuestionario utilizamos la escala de Impulso al adelgazamiento, que evalúa la preocupación excesiva por la dieta y el peso y la escala de Insatisfacción con el propio cuerpo, que evalúa la insatisfacción con el aspecto del propio cuerpo. Por último utilizamos el cuestionario de BSQ diseñado por Cooper et al., en 1987. El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal. Las puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal y puede ser una herramienta útil para el screening de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario.

Para el análisis de los datos utilizamos el programa SPSS versión 10.0 para Windows

RESULTADOS

La muestra está formada por 49 mujeres y 14 hombres, con una media de edad de 12 años. La tabla 1 nos muestra los principales datos descriptivos obtenidos en la anamnesis sobre conductas relacionadas con dietas y pérdida de peso.

Tabla 1. Datos descriptivos

VARIABLE	Hacer dieta	Cuenta calorías	Pesa 2 veces semana	Pesan en entrenamientos	Recomendado perder peso	Recomienda mi entrenadora	Comparas tu peso con tus compañeras
SI	10	11	11	18	12	7	20
NO	53	52	52	45	51	56	43
%	15.9	17	17.5	28.6	19	11.1	31.7

En la Tabla 2 podemos ver los métodos para perder peso que utilizan las gimnastas; en la tabla 3 se recogen los datos relacionados con los motivos de práctica deportiva; en la tabla 4 recogemos el nivel de competición de cada gimnasta y su disfrute; y la Tabla 5 recoge la percepción que las gimnastas tienen del estilo de su entrenadora. Una vez conocidos los datos más interesantes de la anamnesis, realizamos las correlaciones relacionadas con los cuestionarios que miden Trastornos de la Conducta Alimentaria que utilizamos en la investigación.

Tabla 2. Métodos para perder peso

VARIABLE	Ninguno	Como menos	Como light	Hago más ejercicio	Laxantes	Píldoras	Ayuno
SI	32	21	12	22	3	2	2
NO	31	42	51	41	60	61	61
%	50.8	33.3	19	34.9	4.8	3.2	3.2

Tabla 3. Motivos de práctica deportiva

VARIABLE	Me gusta	Por competir	Me obligan	Hacer ejercicio	Mantenerme delgada	Estar con amigos
SI	60	20	2	34	14	29
NO	3	43	61	29	49	34
%	95.2	31.7	3.2	54	22.2	46

Tabla 4. Nivel de competición y disfrute

VARIABLE	Compites	Provincial	Regional	Nacional	Disfrutas compitiendo
SI	54	50	30	25	51
NO	9	13	33	38	12
%	85.7	79.4	47.6	39.7	81

Tabla 5. Percepción del estilo de su entrenadora

VARIABLE	Entrenadora felicita	Usa expresiones	Es dura	Me compara con las demás	Hago lo que me dice	Me exigo mucho
SI	4	6	30	10	54	39
NO	59	57	33	53	9	24
%	6.3	9.5	47.6	15.9	85.7	61.9

GIMNASTAS: CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y ATRIBUCIONES DEPORTIVAS

En la tabla 6 podemos las correlaciones entre las conductas alimentarias y atribuciones deportivas de las gimnastas y las escalas del EDI y BSQ

Tabla 6. Conductas alimentarias y atribuciones deportivas

		IAEDI	INSAT	TOTALBSQ
HAGO DIETA	Correlación de Pearson	,618**	,521**	,769**
	Sig. (unilateral)	,000	,000	,000
	N	61	61	62
APARIENCIA FISICA	Correlación de Pearson	,351**	,285*	,481**
	Sig. (unilateral)	,003	,014	,000
	N	60	60	61
COMPARO PESO CON MIS COMPAÑERAS	Correlación de Pearson	,276*	,113	,285*
	Sig. (unilateral)	,016	,193	,012
	N	61	61	62

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

ENTRENADORA

En la tabla 7 podemos ver la correlación entre estilos y comunicaciones de la entrenadora y las escalas del EDI usadas en esta investigación y la puntuación total del BSQ.

Tabla 7. Estilos y comunicaciones de la entrenadora y las escalas del EDI

		IAEDI	INSAT	TOTALBSQ
MI ENTRENADORA ME RECOMENDO UNA DIETA	Correlación de Pearson	,282*	,347**	,390**
	Sig. (unilateral)	,014	,003	,001
	N	61	61	62
ENTRENADORA DURA	Correlación de Pearson	,117	,069	,216*
	Sig. (unilateral)	,182	,299	,048
	N	62	61	61
ME COMPARA CON MIS COMPAÑERAS	Correlación de Pearson	,276	,113	,285*
	Sig. (unilateral)	,016	,193	,012
	N	61	61	62
NOS FELICITA SI PERDEMOS PESO	Correlación de Pearson	,329**	,376**	,465**
	Sig. (unilateral)	,005	,001	,000
	N	61	61	62

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

MOTIVOS DE PRÁCTICA DEPORTIVA

En la Tabla 8 podemos comprobar las correlaciones entre los motivos alegados para la práctica deportiva y las escalas del EDI y la puntuación total del BSQ.

Tabla 8. Motivos y escalas del EDI

		IAEDI	INSAT	TOTALBSQ
POR HACER EJERCICIO	Correlación de Pearson	,386**	,281*	,320**
	Sig. (unilateral)	,001	,014	,006
	N	61	61	62
POR MANTENERME DELGADA	Correlación de Pearson	,525**	,394**	,496**
	Sig. (unilateral)	,000	,001	,000
	N	61	61	62

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

PERSONAS EN RIESGO DE DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la Tabla 9 recogemos los casos que superan el punto de corte considerado de alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 9. Casos que superan el punto de corte

	IAEDI > 12	INSAT >16	BSQ >136
NÚMERO DE CASOS	3	6	3

DISCUSIÓN

Respecto a la primera hipótesis de trabajo, los datos coinciden con los de la literatura existente y nos demuestran que no hay una correlación significativa entre el hecho de competir o de disfrutar compitiendo y el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Respecto al estilo de la entrenadora si que hay algunas relaciones significativas que nos gustaría destacar:

- ⊙ Encontramos una relación significativa entre que la entrenadora le sugiera a la gimnasta que se ponga a dieta y puntuaciones más altas en las escalas de Impulso al adelgazamiento, insatisfacción por el propio cuerpo y la puntuación total en la BSQ.
- ⊙ Esa relación también es significativa en las tres escalas cuando la entrenadora transmite a los deportistas su felicitación por perder peso.
- ⊙ Encontramos una relación significativa en el grado de dureza percibido por la gimnasta y la escala total de BSQ. También encontramos la relación significativa con la misma escala cuando la entrenadora utiliza la comparación con otros cuando el gimnasta no hace bien el ejercicio.
- ⊙ Que la entrenadora utilice expresiones cariñosas relacionadas con el peso no correlaciona significativamente con las escalas.
- ⊙ También nos llama la atención, y profundizaremos más en su investigación, las diferencias de medias existentes entre las gimnastas de los distintos clubs deportivos. Parece que el estilo individual de la entrenadora también influye en los estilos atribucionales de las gimnastas, relacionadas con el peso y su influencia en su práctica deportiva.

Nos parece muy interesante el transmitirle a los distintos entrenadores de "deportistas de alto riesgo" por el tipo de deporte que practican, la importancia de la comunicación que transmiten a sus deportistas. En esta investigación vemos como una felicitación o una sugerencia de una dieta puede influir en la percepción de la gimnasta y en su preocupación por su peso. Por eso es fundamental que los entrenadores se den cuenta de que ejercen una fuerte influencia sobre sus atletas. El hecho de hacer un comentario acerca de la forma física de una persona, o de aconsejar una reducción de peso sin ofrecer ayuda profesional, puede resultar en un comportamiento alimentario no saludable o favorecer el desarrollo de patologías en los deportistas predispuestos.

Aunque no directamente relacionado con nuestras hipótesis iniciales, si que hay algunos datos que nos gustaría destacar:

- ⊙ Parece que las gimnastas que realizan una dieta de control de peso, tiene una preocupación por la dieta y su peso que puede resultar excesiva y llegar a patológica.

- Asimismo, también existen relaciones significativas entre la percepción de la importancia de la apariencia física y altas puntuaciones en las tres escalas. El deporte de la gimnasia, donde la figura delgada y atractiva son aspectos que se juzgan en la ejecución, hace que las gimnastas tengan que estar a la vez más fuertes y más delgadas. Dado que en los entrenamientos consumen poca energía, a nivel aeróbico, el recurso más adecuado sería sugerir a las gimnastas el recurrir a dietas restrictivas pero que intenten ser completas para mantener un peso corporal bajo.
- Las gimnastas que comparan habitualmente su peso con el de sus compañeras, parecen mostrar una mayor preocupación por el peso y la dieta, aunque no muestran mayor insatisfacción por su propio cuerpo.
- Al 42.8% de las gimnastas del estudio piensan que su peso ideal es menor del que tienen (con una media de 4 kilos menos).
- Los motivos de práctica deportiva que muestran relaciones significativas con las escalas son las de hacer ejercicio y la de mantenerse delgada. Merecería la pena conocer si estas gimnastas utilizan el deporte como una forma más de mantenerse delgada.

CONCLUSIONES

Nos parece fundamental intervenir desde los distintos agentes implicados con las gimnastas en desarrollar un ambiente deportivo positivo que no fomente los trastornos de tipo alimentario:

- ⊙ Planificar formación en una fase precoz dentro de la temporada de la gimnasta.
- ⊙ Establecerse un sistema de presión positiva que favorezca el mantenimiento de una buena nutrición. Cuidar la comunicación y la transmisión de actitudes en los entrenamientos. Favorecer el desarrollo de un estilo de vida saludable en la deportista.
- ⊙ Los entrenadores pueden cumplir un rol muy importante en la prevención de estos desórdenes, ayudando al atleta a manejar el estrés emocional y físico que produce obtener y mantener un peso, no dándole mayor importancia de la que tiene al impacto del peso sobre el rendimiento, enfatizando en la importancia de una buena nutrición, planteando objetivos realistas y no sugiriendo ni alentando métodos purgantes.
- ⊙ El propio deporte de la gimnasia debe realizar una revisión de las reglas y prácticas de calificación que pueden favorecer el desarrollo de conductas insanas.
- ⊙ Aprendamos a promover el deporte de la gimnasia en razón de los beneficios físicos, sociales y psicológicos que pueden ofrecer a las participantes de todas las edades y a todos los niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beals, K.A. y Manore, M.M. (1994). The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 4, 175-195.
- Daluiski, A., Rahbar, B. y Meals, R.A. (1997). Russell's sign. Subtle hand changes in patients with bulimia nervosa. *Clinical Orthopaedic*, 343, 107-109.
- Davis, C., Katzman, D.K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M.P., Woodside, D.B. y Kaplan, A.S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 321-326.
- Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E. y Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-964.
- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D., Treasure, J. (2004) Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación. *Interpsiquis*.
- Garner, D.M.; Garfinkel, P.E.; Rockert, W. y Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Gould, D.; Jackson, S. y Finch, L. (1992). Sources of Stress Experienced by National Champion Figure Akaters. Informe final de subvención a la ciencia deportiva propuesto al Comité Olímpico de los Estados Unidos, Colorado Springs, Colorado.
- Miguel Tobal, F., Martín Díaz, M.D. y Legido Arce, J. (1997) Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5, 11-12
- Romay López, R. (2002) Estudio sobre anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años. *Interpsiquis*.
- Rosen, L.W. y Hough, D.O. (1988). Pathogenic weight-control behaviors of female college gymnasts. *Physician and Sportsmedicine*, 16 (2), 141-144.
- Rosen, L.W.; McKeag, D.B.; Hough, D. y Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 14 (1), 79-86.
- Sánchez Molina, M.M.; Ibáñez Salmerón, J.C. y García Pérez-Carro, R.M. (2001). Psicología del deporte y de la lesión deportiva. En R. Ballesteros Massó (Coordinador). *Traumatología y Medicina Deportiva, Tomo 1. Bases de la Medicina del Deporte*. Madrid: Paraninfo; 265-277.
- Squire, D.L. (1994). Eating disorders. En M.B. Mellion (Ed.). *Sports Medicine Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus, INC; 136-141.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Nutrient intake of female elite athletes suffering from eating disorders. *International Journal of Sport Nutrition*, 3, 431-442.
- Sundgot-Borgen, J. (1996). Eating disorders, energy intake, training volume, and menstrual function in high-level modern rhythmic gymnasts. *International Journal of Sport Nutrition*, 6 (2), 100-109.
- Teitz, C.C. (1998). *La mujer Atleta*. Barcelona: Edika Med.
- Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Wilmore, J.H. y Costill, L. (1998). *Fisiología del Esfuerzo y del Deporte*. Barcelona: Paidotribo.