

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

TESINA DE GRADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
2023

**PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN JUGADORAS DE HOCKEY
MAYORES DE 13 AÑOS PERTENECIENTES A LA
CATEGORÍA "F" DE SANTA BÁRBARA HOCKEY CLUB, LA
PLATA**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Autoras: Alegre, Iara Melina; Fraysse, Martina; Gonzalez,
Maria Paz; Tear, Maria Julieta.

Tutora: Barcellini, Leticia.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	3
ACRÓNIMOS.....	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
Definición y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria y desórdenes alimentarios.....	9
Evolución de la conceptualización y diagnóstico de los TCA.....	11
Factores de riesgo.....	12
Definición y contexto del deporte y el hockey sobre césped.....	15
Prevalencia y epidemiología.....	16
Herramientas de cribado.....	19
Rol del Licenciado en Nutrición.....	21
ESTADO DEL ARTE.....	23
Aplicación de la herramienta BEDA-Q.....	23
Factores de riesgo de TCA en el deporte.....	23
OBJETIVOS.....	25
METODOLOGÍA.....	26
Diseño de investigación.....	26
Unidad de análisis.....	26
Universo y muestra.....	26
Muestreo.....	27
Instrumentos y técnicas de recolección de la información.....	27
ASPECTOS BIOÉTICOS.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIÓN.....	41
SUGERENCIAS.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	50
Anexo 1.....	50
Anexo 2.....	51
Anexo 3.....	51
Anexo 4.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultado de prevalencia.....	30
Tabla 2. Resultado de intento de pérdida de peso en la actualidad.....	35
Tabla 3. Resultado de intento de pérdida de peso en el pasado.....	35
Tabla 4. Resultado de cambios negativos en relación con la comida por factores deportivos.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultado de sentimiento de culpa.....	31
Gráfico 2. Resultado de la preocupación por delgadez.....	32
Gráfico 3. Resultado de la percepción corporal en relación al tamaño del abdomen.....	32
Gráfico 4. Resultado de satisfacción corporal.....	33
Gráfico 5. Resultado de exigencia del entorno familiar.....	34
Gráfico 6. Resultado de autoexigencia.....	35
Gráfico 7. Resultado de número total de veces que intento perder peso.....	36
Gráfico 8. Resultado de presión del entorno deportivo por mantener cierta apariencia física.....	37
Gráfico 9. Resultado de comparación con otras jugadoras o modelos deportivas en términos de apariencia física.....	37

ACRÓNIMOS

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria.

DA: Desórdenes alimentarios.

SBHC: Santa Bárbara Hockey Club.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición.

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ta edición.

TANE: Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

RED-S: Deficiencia energética relativa en el deporte.

AAP: Asociación Americana de Psiquiatría.

FR: Factores de riesgo.

IC: Insatisfacción Corporal.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

ALUBA: Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia de Argentina.

SAP: Sociedad Argentina de Pediatría.

BEDA-Q: Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire.

EAT-26: Eating Attitudes Test 26.

SCOFF: Sick Control Outweigh Fat Food.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades complejas que se originan de la interacción entre diversos factores modificables y no modificables, que afectan tanto a la población general como a deportistas. Argentina se destaca a nivel mundial por su alta prevalencia de TCA, sin embargo, a pesar de que existen registros estadísticos, no son suficientes ni precisos, lo que dificulta el conocimiento y la comprensión de la magnitud del problema. Particularmente en el ámbito deportivo, la información es aún más escasa.

El objetivo principal de la presente investigación es medir la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA en jugadoras mayores de 13 años, pertenecientes a la categoría "F" de Santa Bárbara Hockey Club (SBHC), La Plata, en el año 2023. La metodología se basa en la utilización de la herramienta de cribado BEDA-Q, complementado con preguntas de elaboración propia para abordar específicamente variables del entorno deportivo. Los resultados demostraron un 62,8% de riesgo de desarrollar TCA. Los factores de riesgo más predominantes entre las participantes fueron: sentimiento de culpa luego de comer en exceso, un bajo nivel de satisfacción corporal, un elevado nivel de perfeccionismo y autoexigencia, e intentos previos y actuales de pérdida de peso. Los hallazgos resaltan la necesidad de una mayor conciencia y acción en la prevención de los TCA, así como también investigaciones más específicas.

Palabras clave: *trastornos de la conducta alimentaria; prevalencia; factores de riesgo; deportistas; hockey sobre césped; BEDA-Q.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria o trastornos alimentarios son enfermedades mentales con alteraciones en el comportamiento alimentario, y se clasifican en distintas categorías según la conducta alimentaria predominante. Se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, sin embargo, es más frecuente que inicien en la adolescencia o adultez joven, y que afecten mayormente a las mujeres (1). En su desarrollo, están implicados factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interaccionan de manera compleja, dificultando poder determinar una única causa.

La sociedad y su cultura, generalmente, valoran a las personas a través de la apariencia física, avalando estereotipos hegemónicos, que promueven la delgadez como un camino para lograr bienestar, satisfacción y felicidad. Lo cual puede provocar conductas negativas que afecten tanto la salud mental como física de las personas, desencadenando comportamientos de riesgo que podrían conducir a un TCA.

En el ámbito deportivo, los atletas se enfrentan a expectativas y exigencias físicas adicionales. Suelen ser personas disciplinadas y perfeccionistas, por lo que los estándares estéticos a los que se exponen, en conjunto con la búsqueda de un rendimiento deportivo óptimo, pueden intensificar la preocupación por la imagen corporal y por los hábitos alimentarios. Estas características aumentan el riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios (DA) y pueden, en última instancia, desencadenar un TCA (2).

En el contexto de la presente investigación, es importante tener en cuenta los factores que influyen en el desarrollo de los TCA en el ámbito deportivo, entre ellos se destacan: la actitud de los/as entrenadores/as, la presión por adelgazar y/o lograr determinada composición corporal, la influencia del entorno, la expectativa por alcanzar un máximo rendimiento, el seguimiento de una dieta estricta durante un periodo de tiempo largo, y la relación familiar (expectativas altas por partes de los padres, falta de flexibilidad y comunicación, y desconocimiento de que el atleta está padeciendo un trastorno), entre otros (3).

A nivel mundial se presenta una elevada prevalencia de TCA en deportistas, sobre todo en aquellos deportes que priorizan la estética, que compiten por categorías de peso, o en los que el bajo peso corporal otorga una ventaja competitiva. Por su parte, en Argentina, las estadísticas de prevalencia de TCA son unas de las más altas en comparación con otros países, sin embargo, no hay suficiente información sobre la temática, tanto en población general como deportista (4). Específicamente en hockey sobre césped, a pesar de ser un deporte popular en todo el mundo, tampoco existen suficientes datos sobre la prevalencia de TCA.

Mayormente, la información disponible hace hincapié en deportes de alto rendimiento y deportes individuales, por lo que resulta pertinente evaluar si esta problemática tiene lugar a nivel competitivo y en deportes de equipo. Esta falta de información dificulta la implementación de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento adecuado dirigidas a los deportistas de equipo, limitando así la promoción de la salud y el bienestar del grupo de atletas. Por ende, contar con dicha información podría ser útil para evaluar cómo es el ambiente deportivo de la población estudiada, si es necesario realizar capacitaciones u otras actividades con el objetivo de prevenir, o al menos detectar de manera temprana los DA, previo a que evolucionen a un trastorno alimentario. En relación a esto, cabe destacar que la detección precoz de un TCA se asocia con mejores resultados en el tratamiento y a una mejor evolución.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los motivos nombrados anteriormente, el objetivo de la presente investigación es evaluar la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA en mujeres que practican deportes de equipo a nivel competitivo, específicamente en hockey sobre césped. En este caso se realizará en Santa Bárbara Hockey Club (SBHC) de la ciudad de La Plata, en las jugadoras mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F", en el año 2023. A su vez, a partir de la herramienta de cribado que se utilizará, en conjunto con preguntas de elaboración propia, se describirán los factores de riesgo más prevalentes de la población. Obtener estos datos es de gran importancia para valorar el entorno deportivo y que, en un futuro, de ser necesario, se puedan implementar medidas preventivas o de detección temprana para mejorar el tratamiento y la evolución de los trastornos alimentarios.

JUSTIFICACIÓN

Los TCA constituyen un desafío importante para los profesionales de la salud, no solo por la amplia diversidad y magnitud de la sintomatología que presentan, sino también porque se manifiestan en diferentes contextos culturales, familiares, individuales, grupos etáreos y géneros (siendo más frecuente en el sexo femenino). Y a su vez, por la diversidad de formas en que el/la paciente busca esconder su TCA (5). Al mismo tiempo, es importante destacar la relevancia de los DA, debido a que conforman una fase precursora en el desarrollo de los TCA, y pueden contribuir, a largo plazo, a distintos problemas fisiológicos y psicológicos. Es necesario tener en cuenta esta información, ya que los deportistas presentan una mayor vulnerabilidad a padecer estos trastornos, en comparación con la población general.

Por otra parte, es fundamental resaltar que los TCA tienen una de las tasas de mortalidad más altas entre las enfermedades mentales, lo que acentúa la importancia del esfuerzo en la prevención, detección temprana y tratamiento especializado para cada persona que lo padezca, ya que, cuando el diagnóstico se realiza precozmente, especialmente dentro de los primeros 3 años de la enfermedad, el pronóstico mejora notablemente y previene su cronicidad (6,7).

Como se mencionó anteriormente, trabajar con atletas presenta una complejidad adicional a causa de las presiones específicas asociadas al ámbito deportivo, como la búsqueda de un rendimiento óptimo y las expectativas tanto personales como externas (7).

Luego de una extensa búsqueda bibliográfica, se encontró que la información disponible sobre la prevalencia de TCA a nivel competitivo es escasa, por lo que el objetivo principal de este trabajo es evaluar la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en jugadoras de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría "F" de SBHC, partido de La Plata.

MARCO TEÓRICO

Definición y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria y desórdenes alimentarios

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V), utilizado en psiquiatría, define a los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, comúnmente llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como alteraciones persistentes en la alimentación y el comportamiento relacionado con el proceso alimentario. Estas alteraciones conducen a un deterioro significativo en la salud física y el funcionamiento psicosocial debido a cambios en el consumo y/o absorción de alimentos. El DSM-V clasifica los trastornos alimentarios en diversas categorías: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (8,9).

A continuación, se definirán únicamente los trastornos en los que está basada la herramienta de cribado elegida para llevar a cabo la investigación, la cual se explicará posteriormente junto con sus criterios diagnósticos. En este caso, dicha herramienta, debido a su antigüedad, está fundamentada en el DSM-IV:

- **Anorexia nerviosa:** refiere el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en el miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Los criterios para diagnosticarla, según el DSM-IV son los siguientes:
 - a. *“Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)”*.
 - b. *“Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal”*.
 - c. *“Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal”*.
 - d. *“En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)”* (10).
- **Bulimia nerviosa:** consiste en atracones y comportamientos compensatorios inapropiados con el propósito de evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con

este trastorno se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Los criterios para diagnosticar según el DSM-IV son:

- a. *“Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).*
 - b. *“Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo”.*
 - c. *“Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses”.*
 - d. *“La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal”.*
 - e. *“La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa” (10).*
- **Trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TANE):** esta categoría se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico (anorexia y/o bulimia nerviosa). Según el DSM-IV los criterios son:
- a. *“En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares”.*
 - b. *“Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad”.*
 - c. *“Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses”.*
 - d. *“Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas)”.*
 - e. *“Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida”.*
 - f. *“Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.” “Los episodios por atracón se asocian a 3 (o más) de los siguientes síntomas: ingestión mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida*

a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón” (10).

Además de los trastornos alimentarios definidos por el DSM-IV, existe un estado previo conocido como desórdenes alimentarios (DA). Según el Instituto Australiano del Deporte y la Colaboración Nacional de Trastornos Alimentarios, en un consenso publicado en 2019, así como también la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo en 2008, definen a los DA como comportamientos alimentarios problemáticos que no cumplen con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM, pero que se sitúan en un espectro entre una nutrición óptima y un TCA. Entre los comportamientos asociados a los desórdenes alimentarios, se identifican el salteo de comidas, la alimentación compulsiva, las dietas restrictivas que inicialmente se plantean a corto plazo y luego se prolongan provocando déficit energético y nutricional, y, en algunos casos, episodios de atracones y comportamientos compensatorios (7, 11). Es interesante destacar que la población deportista tiene más probabilidades de presentar un DA que un TCA, y a su vez, existe una mayor prevalencia de los mismos en comparación con la población en general (7).

Los desórdenes y trastornos alimentarios, generalmente, se asocian a una baja ingesta energética en relación a las altas demandas que tienen por naturaleza los deportes, lo que puede provocar el denominado “Síndrome de Deficiencia Energética Relativa en el Deporte” (RED-S, por sus siglas en inglés), definido por el Comité Olímpico Internacional como un *“aporte energético demasiado bajo para mantener las funciones corporales óptimas que proporcionan salud, y un rendimiento deportivo correcto”*. Provoca consecuencias negativas de corto y largo plazo en la salud, tanto a nivel fisiológico como psicológico, y también en el rendimiento deportivo, incrementando el riesgo de lesiones o enfermedades, afectando negativamente la calidad y frecuencia del entrenamiento y, consecuentemente, impidiendo lograr los objetivos competitivos. El RED-S puede causar: alteraciones en la tasa metabólica (como la disminución de las reservas de glucógeno y de la síntesis proteica), en la función menstrual, en el sistema inmune, en la salud ósea, en el sistema cardiovascular; pérdida de masa magra y grasa, deficiencias de micronutrientes, alteraciones hidroelectrolíticas, disminución de la concentración, de la coordinación, y mayor riesgo de sufrir lesiones (7,12).

Evolución de la conceptualización y diagnóstico de los TCA

En el DSM-IV, la anteúltima versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) en 1994, se estableció la denominación de *“trastorno de la conducta alimentaria”*, como una alteración grave de la conducta alimentaria. En la última versión, el DSM-V, realizado en 2013, se amplió la concepción

de los trastornos alimentarios incluyendo, además de alteraciones a nivel del comportamiento alimentario, alteraciones en la absorción de los alimentos y consideraciones en el deterioro de aspectos sociales y laborales de las personas. Asimismo, eliminó los trastornos específicos de la infancia y adolescencia, permitiendo diagnosticar los distintos trastornos en cualquier edad.

A su vez, el DSM-V brindó importantes mejoras para los criterios diagnósticos, ya que en la versión anterior la gran mayoría de los casos terminaban diagnosticados como “TANE” porque no cumplían con todos los criterios diagnósticos de algún tipo de TCA específico (por ejemplo, anorexia o bulimia). De esta manera, se redujeron los casos diagnosticados como “trastornos de la conducta alimentaria no especificados”, facilitando una descripción más precisa de la sintomatología (8-10).

Factores de riesgo

Se pueden definir como cualquier característica, circunstancia, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad, trastorno o lesión en comparación con aquellos que no tienen dicho factor de riesgo (FR). Estos factores pueden estar relacionados con diferentes aspectos de la vida de una persona, como su estilo de vida, antecedentes médicos, ambiente, genética, entre otros.

En el contexto de la salud, los factores de riesgo son cruciales para comprender las causas y la prevención de enfermedades. Pueden ser inherentes a la persona (como la genética) o externos (como la exposición a sustancias nocivas). La presencia de uno o varios no garantiza que la persona desarrollará una enfermedad, pero sí aumenta la posibilidad.

Es importante conocer que los FR pueden ser modificables o no modificables:

- **Factores de riesgo no modificables:** son aspectos que no se pueden cambiar o controlar, como la edad, el sexo, la herencia genética y ciertos antecedentes familiares.
- **Factores de riesgo modificables:** son aquellos que pueden ser influenciados y cambiados por el individuo o a través de intervenciones. Por ejemplo, el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol, los cuales pueden abordarse a través de cambios en el estilo de vida y programas de prevención.

Poder identificar y abordar los FR permite reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades y promover la salud y el bienestar. La educación sobre ellos, el monitoreo de la salud y la adopción de comportamientos saludables, son estrategias clave para mitigar los riesgos asociados y mejorar la calidad de vida (13).

Haciendo hincapié en la temática central de la investigación, los TCA son patologías de origen multifactorial. Intervienen cuestiones como el deporte, los reglamentos del mismo, la frecuencia

de entrenamientos y la carga y exigencia de éstos, la restricción alimentaria que pueda presentar el atleta y/o el comportamiento del entrenador, entre otros, en conjunto con el contexto extra deportivo en el que se encuentra inmersa la persona. Estos factores pueden no solo precipitar o empeorar el TCA, sino también legitimarlo, provocando en los deportistas que sea más fácil sufrir y ocultar el trastorno, y por lo tanto, que sea más difícil identificarlo (14).

A continuación, se desarrollarán los FR que se abordarán en la investigación, con el propósito de abarcarlos de una manera más integral:

1) Imagen corporal y TCA: la imagen corporal se define como *“la representación mental que cada persona construye en relación a su cuerpo y la vivencia en términos de sentimientos, conductas y actitudes que se tienen hacia el propio cuerpo”*, es decir, es la forma en cómo cada uno percibe su cuerpo, vinculado al propio sujeto y su historia. Es influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos, por lo que se puede considerar como una construcción subjetiva, multidimensional y dinámica (15-17).

Dentro de la conceptualización de los TCA, la percepción de la imagen corporal desempeña un papel muy importante, pudiéndose evaluar desde dos perspectivas para una mejor comprensión: por un lado, la distorsión o alteración de la imagen corporal, que se refiere a la percepción corporal propiamente dicha; y por el otro, la satisfacción/insatisfacción corporal, que se refiere a la autoevaluación, sentimientos o actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo. La distorsión y la insatisfacción se encuentran estrechamente relacionadas con conductas alimentarias de riesgo, lo que se puede atribuir a la presión cultural actual, que promueve determinados ideales corporales; cuando estos ideales se comparan con la propia imagen corporal puede dar lugar al sentimiento de insatisfacción, que si se vuelve obsesiva, puede evolucionar hacia una distorsión de la imagen corporal (18).

La insatisfacción de la imagen corporal puede estar presente en el inicio y en el mantenimiento de los TCA, es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. Por ende, la determinación de la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal puede tener un papel relevante en la prevención y detección temprana de los TCA (15-17).

2) Alimentación, culpa y dieta: la culpa es una emoción compleja, autorreflexiva y específica del ser humano, se trata de la reacción emocional a la convicción o conocimiento (pensamiento) de ser responsable de algo. En relación al comportamiento alimentario, es una emoción común entre las personas que padecen TCA. Se suele presentar después de comer, especialmente luego de un atracón, incluso puede aparecer cuando se consumen alimentos en cantidades saludables y razonables, lo que puede provocar que terminen llevando a cabo dietas restrictivas (15, 19).

La realización de dietas es un importante factor de riesgo para el desarrollo de un posible TCA. Estas se definen como patrones alimentarios que adopta una persona con un objetivo determinado, como puede ser: disminuir o aumentar el peso, restringir determinados grupos de alimentos, modificar la composición corporal, entre otros. En el caso de los deportes, pueden ser un ambiente ideal para que se inicie una dieta, con el objetivo de lograr una mejora en el rendimiento o conseguir una determinada composición corporal. Por lo general, para ello se utilizan métodos no apropiados, como regímenes alimentarios no supervisados por profesionales idóneos, que no cubren los requerimientos que corresponden, y son carentes en nutrientes esenciales para el gasto energético que implica realizar actividad física. En principio, una pérdida de peso podría conducir a una mejora en el rendimiento, y motivar al atleta a continuar con la dieta en busca de mayores resultados, lo que puede provocar que se generen conductas de riesgo que desencadenen en un TCA (14, 20).

Continuando con el punto anterior sobre la imagen corporal, llevar a cabo una dieta determinada no depende exclusivamente del peso corporal propiamente dicho, sino de la percepción que tiene la persona sobre sí misma, y del interés por adecuar su imagen corporal a criterios estéticos predeterminados y orientados hacia un estereotipo (21).

3) Autoexigencia y perfeccionismo: el concepto de perfeccionismo hace referencia a la presencia y adherencia de elevados estándares personales en el rendimiento de diferentes ámbitos, y a la dependencia del logro de los mismos para alcanzar la autoaceptación. La autoexigencia, en cambio, está relacionada con aquello que hay que hacer para lograr o cumplir con dichos estándares.

Según un artículo de revisión realizado en 2014 por médicos psiquiatras de la Universidad de Valparaíso, Chile, se evidenció una estricta relación entre el perfeccionismo, la insatisfacción corporal (IC) y TCA, demostrando que estos contribuyen a la restricción alimentaria y a las preocupaciones sobre el peso y la figura. Existe una asociación notable entre el perfeccionismo y las actitudes y comportamientos que son compatibles con los TCA, especialmente los patrones restrictivos. De hecho, el perfeccionismo puede considerarse tanto un mediador como un moderador en la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y los TCA. Esto crea un círculo vicioso en el cual la IC y el perfeccionismo mutuamente refuerzan la baja autoestima. A su vez, esta baja autoestima condiciona la IC, llevando a una evaluación constante y comparativa de la apariencia, motivando a una mayor obsesión por la delgadez o la búsqueda de un cuerpo específico. Como resultado, el perfeccionismo se consolida como un factor de riesgo importante para el desarrollo de los TCA (22-24).

4) Entorno familiar y deportivo: los padres, pares y el entorno deportivo son otros de los factores que pueden contribuir al desarrollo de alteraciones alimentarias y de la imagen corporal. Se destaca y reconoce el papel de la familia como el grupo primario que, generalmente, cubre las necesidades básicas de supervivencia, afectividad, socialización y, particularmente, del que se aprenden las primeras lecciones sobre alimentación. Factores como expectativas demasiado altas en sus hijos/as, sobreprotección, falta de flexibilidad, escasa comunicación e incapacidad para la resolución de conflictos, son factores que predisponen a una mayor probabilidad de desarrollar un TCA (23). A su vez, padres que muestran una excesiva preocupación y atención por el cuerpo, con estrictas críticas, promueven estas mismas conductas en sus hijos/as. En relación con esto, se comprobó que la comparación de la apariencia y la IC se ven afectadas e influenciadas por la familia y los medios, impactando en conductas restrictivas y bulímicas. Otro estudio expuso que ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales genera vulnerabilidad en la persona (16).

Por su parte, se ha demostrado que la figura del entrenador y el entorno que proporciona, también puede influir en el desarrollo de TCA. Por ello, es de interés identificar las actitudes y comportamientos del entorno deportivo, sobre todo en relación con la alimentación y la figura corporal de las deportistas. Cuando el entrenador ejerce presión en el rendimiento y el peso corporal de sus atletas, puede promover y/o intensificar la preocupación por la imagen corporal, las dietas y el miedo a aumentar de peso. Según un estudio realizado en 2014, los entrenadores le otorgan al peso una posición relevante en el rendimiento y para un cuerpo "ideal" en los deportistas, sin tener noción de lo perjudicial que es transmitir estas conductas. Por el contrario, un entrenador comprensivo puede ayudar a reducir el riesgo de TCA (3, 20, 25, 26).

Definición y contexto del deporte y el hockey sobre césped

En contexto con la investigación, es relevante definir el concepto de deporte: *"toda forma de actividad física que, a través de la participación casual u organizada, busca expresar o mejorar la condición física y el bienestar mental, estableciendo relaciones sociales y obteniendo resultados en competiciones a cualquier nivel"* (27).

Esta definición incluye el concepto de competición, que implica la práctica de una modalidad deportiva con entrenamientos semanales, la participación en competiciones regulares, la perseverancia en el logro de objetivos deportivos, así como también la pertenencia a un club.

En el caso específico de este estudio, que se centra en jugadoras de hockey, es un deporte definido por la Real Academia Española como un juego entre dos equipos, que consiste en

introducir en la portería contraria una pelota o un disco impulsado por un bastón (28). El hockey es un deporte olímpico que requiere un alto nivel de técnica individual, toma de decisiones estratégicas, táctica colectiva e individual, preparación física y desarrollo mental. Dentro del hockey competitivo, cada club se encuentra dividido en categorías, representadas por letras, y cada una de estas, se encuentra subdividida, en función de la edad. Esta disciplina se practica en diferentes niveles, desde competitivo hasta profesional, y es especialmente popular en países como Argentina, Países Bajos, Australia, India y Alemania (29-31).

Prevalencia y epidemiología

La determinación de la prevalencia constituye el objetivo principal del presente estudio. En términos simples, su definición hace referencia a la proporción de individuos que presentan un trastorno específico en un momento y lugar determinado (32). Es un parámetro crucial en epidemiología y salud pública, ya que proporciona una manera cuantitativa de entender la magnitud de un trastorno o condición en una población específica, en un momento temporal concreto.

La fórmula se expresa como:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Cantidad de personas con el trastorno} \times 100}{\text{Total de personas evaluadas}}$$

En la fórmula, "*Cantidad de personas con el trastorno*" representa el número de individuos que presentan el trastorno o condición de interés en un momento y lugar determinado; en este caso, corresponde a la cantidad de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC con riesgo de desarrollar TCA, en el año 2023. Por otro lado, "*Cantidad total de personas evaluadas*" hace referencia al número total de individuos en la población que se está evaluando, en este caso es la cantidad total de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC.

El resultado de esta fórmula se multiplica por 100 para expresar la prevalencia como un porcentaje, lo que facilita la interpretación y comparación de los datos en un contexto más amplio. Específicamente en este estudio, la fórmula de prevalencia se representa de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Cantidad de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC con riesgo de TCA} \times 100}{\text{Cantidad total de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC}}$$

La prevalencia es relevante tanto en el ámbito médico como en el epidemiológico por diversas razones fundamentales:

- 1. Estimación de la magnitud de un problema de salud:** brinda una estimación de la proporción de individuos afectados por una enfermedad o condición de interés, en una población, en un momento y lugar específico. Es esencial para comprender la magnitud del problema de salud en esa población.
- 2. Planificación y asignación de recursos:** es fundamental para la planificación adecuada de servicios de salud y la asignación eficiente de recursos. Ayuda a determinar la necesidad de hospitales, clínicas, profesionales de la salud, programas de prevención y tratamiento, entre otros.
- 3. Identificación de prioridades de salud pública:** permite identificar las condiciones de salud más prevalentes en una comunidad, ayudando a establecer prioridades dentro de la salud pública y a guiar las políticas en ella, para abordar de manera efectiva los problemas de salud más significativos.
- 4. Detección de tendencias temporales y geográficas:** la prevalencia también puede variar en diferentes momentos y ubicaciones. Al analizar estas variaciones, se pueden identificar tendencias a lo largo del tiempo y en diferentes regiones, lo que es trascendental para la planificación y la respuesta ante epidemias o brotes.
- 5. Evaluar efectividad de intervenciones:** permite evaluar la efectividad de las intervenciones médicas o de salud pública, ya que se compara la prevalencia antes y después de implementar medidas de control o prevención.
- 6. Investigación y estudios epidemiológicos:** es fundamental en investigaciones epidemiológicas que buscan entender la distribución, causas y factores de riesgo de las enfermedades en una población. Ayuda a identificar grupos de riesgo y diseñar estrategias de intervención.

En resumen, la prevalencia es esencial para comprender la carga de enfermedades en una población y es una herramienta crucial para la toma de decisiones en salud a nivel individual y comunitario (13).

En lo que respecta a la epidemiología, la prevalencia de TCA a nivel mundial, particularmente entre deportistas, demuestra que existe una amplia diversidad de datos a causa de diferencias metodológicas, entre las que se pueden mencionar: la definición que se utiliza de TCA, la población, los métodos de detección elegidos, el tipo de deporte practicado, el nivel competitivo, la forma en que se obtiene la muestra (voluntarios o no), y si se emplean cuestionarios autoadministrados o estudios de doble fase . Un ejemplo de dicha variabilidad se demuestra en un estudio noruego realizado en 2011 por Solfrid Bratland-Sanda y Jorunn Sundgot-Borgen, que informó que la prevalencia de TCA en mujeres oscila entre un 6% y un 45%. Esta amplia

fluctuación se atribuye, como se mencionó anteriormente, a diferencias en la metodología empleada (20, 33).

Por su parte, en Latinoamérica la investigación sobre TCA, en particular en adultos jóvenes, es limitada. Sin embargo, se evidencia un aumento gradual de casos de TCA, que se refleja en las consultas del sistema de salud público y privado, así como en estudios realizados en varios países. En Brasil, se informa una prevalencia del 11% de comportamientos alimentarios anormales, identificando una correlación entre anorexia nerviosa y distorsión de la imagen corporal, en mujeres jóvenes. En Colombia, los estudios señalan un alto porcentaje de estudiantes en riesgo de desarrollar TCA, lo que sugiere una situación epidemiológica similar a la de otros países. En Chile, la población tiende a identificarse con un estereotipo corporal delgado, influenciado por los medios de comunicación, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar TCA. En Venezuela, muchos casos de TCA se clasifican como "trastornos alimentarios no especificados" o de naturaleza "subclínica" debido a la falta de consenso en el diagnóstico (34). A pesar de las limitaciones en los datos, estos estudios muestran que las mujeres adolescentes y adultas jóvenes son las más afectadas por los TCA en Latinoamérica.

Respecto a la prevalencia de TCA en Argentina, se ha revelado una tendencia preocupante a lo largo de los años. En 2009, la especialista en psiquiatría Mervat Nasser recopiló datos de diversos países, destacando que Argentina tenía uno de los porcentajes más altos de TCA.(4) Al año siguiente, en 2010, investigadores de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) llevaron a cabo un estudio en escuelas secundarias, identificando conductas de riesgo como insatisfacción con la imagen corporal y la presencia de casos de TCA, con un 14,1% de las adolescentes afectadas (35). En 2014, otra investigación de la UBA en adolescentes del Gran Buenos Aires y Capital Federal indicó que la mayoría de las adolescentes deseaba una figura más delgada, incluso si su peso estaba dentro de los valores normales . En ese mismo año, datos recopilados por la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia de Argentina (ALUBA), señalaron que 1 de cada 10 adolescentes mujeres de entre 14 y 18 años sufría algún tipo de TCA (34). La situación se agravó en 2020 como consecuencia de la pandemia de COVID-19, cuando la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) detectó un aumento significativo en los casos de TCA, según testimonios de pediatras (36). Como se ve reflejado en dichos estudios sobre adolescentes, Argentina no cuenta con suficiente información sobre TCA en deportistas ni población general, sin embargo, son la única fuente de información disponible sobre la situación actual.

Herramientas de cribado

También conocidos como "tests de screening" consisten en la aplicación de pruebas de detección a personas aparentemente sanas con el fin de identificar posibles enfermedades. Cabe destacar que estas herramientas no diagnostican la enfermedad, pero son útiles para detectar de manera precoz síntomas de riesgo indicando que, aquellas personas que puntúan por encima del punto de corte, deben continuar a una segunda etapa para realizar una evaluación más exhaustiva. A pesar de poseer la ventaja de ser rápidos, económicos y sencillos, presentan como desventaja que los enunciados no suelen tener una definición universalmente aceptada, por lo que su interpretación puede ser subjetiva. En el contexto del presente estudio, se evaluará la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA, no se realizarán evaluaciones para confirmar el diagnóstico. Este método se denomina "estudios apoyados en cuestionarios de autoinforme", y consiste en la aplicación de una serie de preguntas que serán respondidas por las participantes sin ayuda externa (37, 38).

A continuación, se desarrollarán los cuestionarios, pertinentes para la investigación, que se encuentran validados para la detección precoz de TCA,:

- **Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire (BEDA-Q):** es un cuestionario autoadministrado, validado en atletas adolescentes femeninas de alto rendimiento, que asistían a escuelas deportivas de élite en Noruega, cuyos autores son: Martinsen, Torstveit, Marte Peensgard, Sundgot-Borgen y Holme. Fue financiado por el Centro Noruego de Deportes Olímpicos y el Centro de Investigación de Traumas Deportivos de Oslo, y publicado en 2014. Es importante destacar que se encuentra validado únicamente en inglés. Existen dos versiones del mismo, las cuales se basan en los criterios dispuestos por el DSM-IV (explicados anteriormente): la versión 1 consta de siete preguntas y la versión 2 consta de nueve, incorporando preguntas relacionadas al perfeccionismo. Esta última, se considera una versión más adecuada para distinguir entre deportistas de élite con y sin TCA. Sin embargo, ambas versiones son accesibles y fáciles de entender (39).
- **Eating Attitudes Test 26 (EAT-26):** es un cuestionario autoadministrado desarrollado por Garner, DM y Garfinkel. Evalúa, a través de preguntas de frecuencia, actitudes alimentarias relacionadas al miedo a ganar peso, el impulso por adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Inicialmente en 1979 se desarrolló con 40 preguntas, sin embargo, en 1982 se dispuso una versión abreviada con 26 preguntas, denominado EAT-26. Tiene varias validaciones que demuestran su importancia, principalmente fue validado por los autores Garner, DM y Garfikel en el Instituto Clarke de Psiquiatría, Universidad de Toronto, Canadá, y entre otras, la realizada en la población española por Castro y en la población mexicana por Álvarez. El objetivo del EAT-26 fue brindar una herramienta útil de detección para evaluar

el riesgo de TCA en población femenina, principalmente adolescentes y adultos, en ámbitos escolares, universitarios, y deportivos. Tiene altos valores de confiabilidad, sensibilidad y especificidad (40-43).

- **Sick Control Outweigh Fat Food (SCOFF):** es un cuestionario sencillo de alta sensibilidad y especificidad realizado por Jonh Morgan y colaboradores en 1999, perteneciente al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario St. George, Londres (45). Consta de 5 preguntas dicotómicas (Si/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas, y la insatisfacción corporal. Cada respuesta positiva vale 1 punto, una puntuación de 2 indica riesgo de TCA. Se encuentra validado para identificación temprana de TCA en mujeres entre 14 a 55 años, también está validado en español, con cifras de sensibilidad y especificidad similares a la versión de la lengua original. Es un cuestionario breve que puede realizarse de manera oral o escrita, sin embargo, tiene mejores resultados cuando es autoadministrado (44-46).

Para evaluar la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA de esta investigación, se realizó un análisis exhaustivo de las diferentes herramientas de cribado mencionadas anteriormente. En primer lugar, se consideró el uso del EAT-26 debido a que abarca diversas temáticas relacionadas con TCA en mayor profundidad; no obstante, se descartó por su extensión ya que las encuestadas podrían perder el interés en responder. En segundo lugar, se tuvo en cuenta el uso del SCOFF, debido a que es conciso y fácil de responder, pero se excluyó a causa de la invalidación en deportistas y por consiguiente, las preguntas no abarcan temáticas relacionadas con los TCA en el deporte.

Por último, se consideró el BEDA-Q versión 2 como la herramienta más adecuada para evaluar la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA (anexo 1). Principalmente, se destaca su alta especificidad y su validez en atletas femeninas, correlacionado con la población elegida. Al mismo tiempo, debido al amplio rango etario de las participantes, es indispensable su facilidad de comprensión; también cabe destacar su brevedad, ya que es necesario que no demande demasiado tiempo de respuesta, para evitar la pérdida de interés, asegurando una participación activa en la encuesta. Particularmente, se seleccionó la versión 2 del BEDA-Q, debido a que aborda distintas dimensiones de los TCA, como la preocupación por la imagen corporal, la culpa por consumir comidas en exceso y la realización de dietas, así como también la presión del contexto familiar, el perfeccionismo y la autoexigencia. Como se encuentra validado únicamente en inglés, se realizará una traducción (anexo 1) y una posterior prueba piloto para comprobar si es de fácil comprensión para las jugadoras de hockey.

A través del BEDA-Q, complementado con tres preguntas de elaboración propia, diseñadas específicamente para analizar el entorno deportivo, se valorarán los factores de riesgo

desarrollados anteriormente. El factor de riesgo *“imagen corporal”* será evaluado a través de las preguntas n°2, n°3 y n°4 del BEDA-Q y de la pregunta n°2 de producción propia (anexo 2), las cuales hacen referencia a la preocupación por el deseo de estar más delgada, al pensamiento de que el abdomen es demasiado grande, a la satisfacción con la forma del cuerpo y a la comparación con otras deportistas en términos de apariencia física.

En segundo lugar, la dimensión *“alimentación, culpa y dieta”* se evaluará a través de las preguntas n°1, n°7, n°8 y n°9 del BEDA-Q, y la n°3 de producción propia (anexo 2). Las mismas hacen referencia al sentimiento de culpa después de comer en exceso, a los intentos de perder peso en la actualidad o en el pasado, y cuántas veces lo han intentado; así como también a los cambios negativos, relacionados con la ingesta, que se puedan originar por factores deportivos (presión, expectativa, comparaciones), tales como: restricciones dietéticas, disminución de la ingesta y sentimiento de culpa al comer ciertos alimentos.

La dimensión *“autoexigencia y perfeccionismo”* se evaluará a través de la pregunta n°6 del BEDA-Q, la misma hace referencia a si la jugadora de niña se esforzaba por no decepcionar a sus padres y/o profesores.

Finalmente, la pregunta n°5 del BEDA-Q y la n°1 de producción propia (anexo 2), serán utilizadas para evaluar el *“entorno deportivo y familiar”*. Estas hacen referencia a la expectativa de excelencia por parte del entorno familiar, y si la jugadora ha sentido presión por parte del entorno deportivo, entendiendo a este último como pares, entrenadores y coordinadores, por mantener determinada apariencia física.

Rol del Licenciado en Nutrición

El abordaje de personas con DA y TCA debería estar conformado, en principio, por un médico, un psicólogo y un nutricionista. Cuando un atleta es identificado con un posible TCA o DA, debe ser derivado a un Licenciado en Nutrición para una evaluación nutricional. Entre las tareas y funciones que puede desarrollar el nutricionista, se pueden mencionar: realizar cuestionarios de detección y entrevistas, completar un historial dietético y una evaluación nutricional, analizar la presencia de dietas especiales, restricciones, intolerancias y/o alergias, realizar una valoración de disponibilidad energética, evaluar los factores de riesgo y las señales de advertencia de DA o TCA y establecer dónde se encuentra el atleta en el espectro del comportamiento alimentario. Es importante resaltar que, debido a que un deportista puede estar estable en peso, pero deficiente en energía, el peso no debe ser el único objetivo de la evaluación del DA o TCA. El nutricionista también tiene como propósito comprender el componente psicológico de la elección de alimentos, los puntos de vista del atleta sobre su cuerpo y cómo estos pensamientos pueden afectar la selección de

alimentos. Además, su rol es importante al momento de tener que modificar el peso o la composición corporal, debido a que realizar una dieta, definido como la *“restricción deliberada de calorías y/o nutrientes específicos para acciones que promuevan la pérdida de masa corporal y/o grasa corporal”*, está ampliamente documentada como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un TCA (7).

ESTADO DEL ARTE

Aplicación de la herramienta BEDA-Q

En línea con el objetivo principal de este estudio, se seleccionó la herramienta de cribado BEDA-Q. Se destaca su uso en investigaciones previas, como la llevada a cabo en el año 2022 por Perry y cols. El mismo evaluó varios aspectos, incluida la prevalencia de síntomas de riesgo de TCA en jugadoras de fútbol de alto rendimiento en Inglaterra, revelando que aproximadamente el 36% de las jugadoras presentaban estos síntomas (47). Otro estudio, realizado por Magee y cols. en 2023, analizó la prevalencia de baja disponibilidad energética entre atletas de secundaria, y evaluó aquellos que estuvieran en riesgo de padecer un TCA. Para ello, entre otros cuestionarios, se utilizó el BEDA-Q, el mismo brindó como resultado que el 68,6% de las adolescentes encuestadas presentaron riesgo de desarrollar un TCA. En función de los estudios citados, es importante mencionar nuevamente que el instrumento utilizado es útil como una herramienta de detección precoz de síntomas de riesgo, pero no para diagnosticar clínicamente el trastorno alimentario (48).

Factores de riesgo de TCA en el deporte

Según una revisión realizada en España en 2008, los deportistas que transitan un TCA constituyen un grupo particular con desafíos específicos, debido a múltiples factores: la naturaleza de la disciplina deportiva, las regulaciones en el deporte, la frecuencia y carga de entrenamiento, restricciones alimentarias, dinámicas subculturales asociadas al deporte, lesiones, sobreentrenamiento y la influencia del entrenador. A su vez, el entorno deportivo puede ejercer presión por alcanzar ciertos ideales, lo cual puede desencadenar o agravar los TCA en deportistas predispuestos, e incluso puede intensificar los trastornos ya existentes. Además, el contexto deportivo también puede contribuir a normalizar los TCA, haciendo que quien lo padezca, lo oculte, dificultando su identificación y tratamiento adecuado.

Esta revisión también afirma que aunque no hay suficiente información de la relación entre el deporte y los TCA, sí se conocen los deportes en los que surgen mayormente comportamientos de riesgo, los cuales se pueden dividir en 4 grupos: deportes de categorías por peso (boxeo, taekwondo), deportes en los que tener bajo peso da ventajas competitivas (gimnasia, remo), deportes de estética (gimnasia rítmica, patinaje artístico), y deportes de resistencia (carreras de medio fondo, fondo y maratón). A su vez, menciona que particularmente el sexo femenino tiene mayor riesgo de presentar conductas relacionadas con el desarrollo de TCA, como cambios en el peso o en la alimentación, fenómeno que se presenta tanto a nivel del alto rendimiento como en mujeres físicamente activas.

Otro aspecto en el que hace hincapié dicha revisión, es en la importancia de identificar los factores de riesgo que hacen a los atletas más vulnerables a los TCA. Uno de ellos es el comienzo de dietas a edades tempranas, especialmente cuando no son supervisadas ni se brinda la correcta información sobre el adecuado control de peso o de hábitos alimentarios. Así como también, puede influir mantener estos regímenes dietéticos por largos periodos de tiempo. A su vez, la vulnerabilidad puede estar influenciada por características psicológicas como perfeccionismo, la compulsividad y las expectativas altas (49).

Por su parte, un estudio de la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia, realizado en 2014, buscó identificar factores de riesgo asociados a los TCA entre estudiantes universitarios deportistas. Encontró hábitos alimentarios inadecuados y factores de riesgo que incluyen el género femenino, edad entre 18 y 20 años, distorsión en la percepción de la imagen corporal, uso de dietas para adelgazar, conductas compensatorias, y sentimientos de ansiedad o culpa antes y después de comer (50, 51).

Además, una tesis perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en 2015, reveló que un 5% de los adultos jóvenes deportistas presentaba conductas alimentarias de riesgo, y un 22% estaba en riesgo de desarrollarlas. Estas conductas incluían preocupación por el aumento de peso, dietas y otras conductas compensatorias (52).

Por otro lado, una revisión de literatura científica llevada a cabo en España, que abarcó estudios del año 2015 al 2020 provenientes de diversos países, analizó el rol del deporte en el desarrollo de los TCA. Incluyó estudios realizados en Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Noruega, España, Alemania, África, Australia, Grecia, Italia, Lituania, Singapur y Suiza. Dichos artículos incluyeron deportes competitivos tanto a modo recreativo como semiprofesionales y de élite, concluyendo que la categoría deportiva es un factor de riesgo, es decir que, a mayor nivel competitivo, mayor probabilidad de desarrollar un TCA. A su vez, debido a la exigencia de ciertos deportes sobre la imagen corporal, los atletas suelen adquirir dietas no supervisadas por un profesional idóneo, por lo que se destaca la importancia de mantener una dieta equilibrada. Esta revisión identifica, también, la presión recibida por parte de los entrenadores como un factor de riesgo relevante (53).

Por último, en 2021, un artículo de la Universidad de Nutrición Clínica y Dietética de España enfatizó el rol de la familia en la predisposición a un mayor riesgo de desarrollar TCA. Debido a factores como expectativas altas, sobreprotección, falta de flexibilidad, comunicación limitada e incapacidad para resolver conflictos (3).

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA en jugadoras de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría “F” de Santa Bárbara Hockey Club, partido de La Plata, en el año 2023.

Objetivos específicos:

- Identificar la posible existencia del riesgo de desarrollar TCA en las jugadoras de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría “F” de SBHC, partido de La Plata.
- Describir cualicuantitativamente los factores de riesgo más prevalentes en las jugadoras de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría “F” de SBHC, partido de La Plata.
- Determinar la posible existencia de presión por parte del entorno deportivo de las jugadoras de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría “F” de SBHC, partido de La Plata.
- Brindar información útil para futuras investigaciones e intervenciones en el ámbito deportivo del hockey sobre césped.

METODOLOGÍA

La recopilación de datos de la presente investigación se realizará de manera digital, mediante un formulario realizado en la plataforma Google Forms. En él se incluirá el BEDA-Q versión 2, y tres preguntas de elaboración propia relacionadas con el entorno deportivo (anexo 2). Estas últimas preguntas complementan la valoración de la herramienta de cribado respecto del contexto deportivo, lo que permite, a su vez, indagar en la complejidad de la relación entre el entorno deportivo y el posible riesgo de desarrollar TCA, teniendo en cuenta los diversos aspectos mencionados anteriormente. A su vez, al final del cuestionario se dejará un campo opcional para que las participantes puedan manifestar cualquier aporte, aclaración o inquietud que deseen.

El formulario será enviado durante el mes de agosto. A continuación, se describen las características metodológicas de la investigación.

Diseño de investigación

Esta investigación es un estudio descriptivo observacional transversal. El tipo de diseño descriptivo tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los eventos de salud o enfermedad que representan a una población. Se limita a examinar una población definida, describiéndola a través de la medición de diversas características. Se utiliza, entre otras cuestiones, para obtener o estimar valores de una población específica, como la tasa de prevalencia.

Es importante destacar que este diseño no permite establecer relaciones causales, pero sí obtener una imagen representativa de la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA en la población estudiada. Con respecto a la cantidad de veces que se medirán las variables, la investigación es de carácter transversal, ya que se medirán una única vez a través del BEDA-Q y de las preguntas de elaboración propia.

Unidad de análisis

La unidad de análisis está conformada por las jugadoras de hockey mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F" de SBHC. Las cuales responderán la encuesta de manera individual, lo que permitirá recopilar datos para luego realizar un análisis a nivel grupal.

Universo y muestra

El universo está constituido por todas las jugadoras de sexo femenino de hockey de SBHC. Por su parte, la población definida se encuentra conformada por todas las jugadoras de sexo femenino

de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría "F" de SBHC; y la muestra, siendo un total de 140 personas, se determina por todas las jugadoras de sexo femenino de hockey mayores de 13 años de edad pertenecientes a la categoría "F" de SBHC, que respondan la encuesta, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 - a. Jugadoras de hockey pertenecientes a la categoría "F" de SBHC del rango etario 13 a 17 años inclusive que respondan la encuesta, cuyos padres/madres/tutores previamente hayan firmado el consentimiento informado dispuesto.
 - b. Jugadoras de hockey pertenecientes a la categoría "F" de SBHC mayores de 18 años que acepten el consentimiento dispuesto, y que respondan la encuesta.
- Criterios de exclusión:
 - a. Jugadores de Hockey de SBHC masculinos.
 - b. Jugadoras de Hockey de SBHC menores de 13 años.

Muestreo

El muestreo es de tipo no probabilístico, debido a que la muestra fue elegida por conveniencia, por facilidades de contacto con SBHC.

Instrumentos y técnicas de recolección de la información

Para recolectar la información, se enviará el formulario de Google Forms vía WhatsApp. En el caso de las jugadoras mayores de 13 años, el link se enviará únicamente a aquellas cuyos padres hayan firmado previamente el consentimiento (anexo 3). Para corroborarlo, el mismo será brindado a cada jugadora en formato papel, para que lo entreguen a sus padres/madres/tutores, lo firmen junto con aclaración y DNI, y luego envíen una foto vía WhatsApp a una de las autoras de la investigación, designada para tal fin. Por su parte, las jugadoras mayores de 18 años dispondrán del consentimiento (anexo 4) de manera virtual en la primera página del formulario, teniendo que aceptarlo para poder continuar con la encuesta.

El formulario digital se encontrará dividido en dos secciones, con la siguiente estructura: en la primera página se dispondrá del consentimiento correspondiente; en la segunda página se encontrarán las preguntas respectivas a los rangos etarios, las preguntas del BEDA-Q y las de producción propia.

En el caso de las respuestas del BEDA-Q, se calculan sumando las puntuaciones de cada una, y las puntuaciones se ponderan de la siguiente manera:

Respuestas del BEDA-Q	Puntaje
Siempre	3
Habitualmente	2
A menudo Si	1
A veces Raramente Nunca No	0

Con excepción de la pregunta n°4, que se puntúa de forma inversa:

Respuestas del BEDA-Q	Puntaje
Siempre Habitualmente A menudo	0
A veces	1
Raramente	2
Nunca	3

Y la pregunta n°9 que se puntúa como:

Respuestas del BEDA-Q	Puntaje
>5 veces	1
3-5 veces	1
1-2 veces	0
No intente	0

Estas respuestas se analizarán aplicando la fórmula correspondiente al BEDA-Q:

$$\text{Score} = -3,712 + ((0,152 * \text{EDI6}) + (2,142 * \text{variable dieta}))$$

$$\text{Prob(ED)} = \frac{\exp(\text{score})}{1 + \exp(\text{score})}$$

La fórmula para "Score" se calcula a partir de "EDI6" y "variable dieta", donde "EDI6" corresponde a la suma de los puntajes equivalentes a las respuestas de las preguntas n°1 a n°6, y "variable dieta" a la suma de los puntajes equivalentes a las respuestas de las preguntas n°7 a n°9.

Luego, el "Score" obtenido se aplica en la fórmula de Prob(ED), a través de la función exponencial del mismo. Prob(ED) representa la probabilidad de existencia de TCA, si el resultado es mayor o igual a 0,27 indica que hay riesgo de desarrollar TCA.

La suma de las jugadoras en riesgo de desarrollar TCA, será aplicada en la siguiente fórmula, para obtener el porcentaje de prevalencia:

Cantidad de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC con riesgo de TCA X 100

Cantidad total de jugadoras de la categoría "F" mayores de 13 años de SBHC

Por último, para el análisis de resultados, tanto las respuestas del BEDA-Q como las de producción propia serán representadas mediante tablas y gráficos porcentuales de elaboración propia, realizados a través de la herramienta Microsoft Excel.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) **Consentimiento informado:** de todas las participantes mayores de 18 años y de padres/madres/tutores de las mayores de 13 años. Consta de información clara y comprensible sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, a su vez, se asegura que la participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- 2) **Confidencialidad y privacidad:** se garantiza a todas las participantes la confidencialidad, el anonimato y la protección de la información personal, asegurando que los datos se utilizarán únicamente con fines investigativos.
- 3) **Protección de datos personales:** se asegura que se cumplirá con las leyes de protección de datos personales de Argentina, como la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326), al manejar y almacenar la información de las participantes.

RESULTADOS

A continuación, se desarrollarán los resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada. Se recibieron un total de 113 respuestas, una por cada participante, de las cuales un 92% corresponde al rango etéreo mayor de 18 años, un 3,5% al de 16-18 años y el 4,4% restante al de 13-15 años. Esto muestra que se obtuvo un elevado porcentaje de respuestas por parte de las participantes mayores de 18 años, y ocurrió lo contrario en las menores de edad. Cuando la tasa de respuestas es muy baja, existe el riesgo de que las personas que respondan el cuestionario no sean representativas de la población (33), por lo cual, no se realizará un análisis específico del grupo etéreo minoritario, por el contrario, se analizará en conjunto con el porcentaje restante de jugadoras mayores de 18 años.

Teniendo en cuenta el objetivo principal de la investigación, la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA obtenida en las jugadoras mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F" de SBHC en el año 2023 fue del 62,8% (Tabla 1):

Cantidad de jugadoras mayores de 13 años de la categoría "F" de SBHC con riesgo de desarrollar TCA	Total de jugadoras mayores de 13 años de la categoría "F" de SBHC	% de prevalencia
88	140	62,8%

Tabla 1. Resultado de prevalencia

El resultado se obtuvo considerando a las 140 jugadoras que conforman la categoría estudiada y a las 88 jugadoras que fueron clasificadas como "*riesgo de desarrollar TCA*" al aplicar la fórmula correspondiente al BEDA-Q. El elevado porcentaje se podría relacionar con la existencia de factores de riesgo entre las jugadoras: presencia del sentimiento de culpa después de comer en exceso, el bajo nivel de satisfacción corporal, el elevado nivel de perfeccionismo y autoexigencia y los intentos de pérdida de peso tanto actuales como previos; que como se ha explicado en el transcurso de la presente investigación, son factores con riesgo de desencadenar un TCA.

A continuación, se presentan los resultados en función de los factores de riesgo abordados en el marco teórico:

1) Sentimiento de culpa después de comer en exceso:

Se evaluó utilizando la pregunta n°1 del BEDA-Q: "*Me siento muy culpable después de comer en exceso*". Las respuestas indican que el sentimiento de culpa tras comer en exceso es común entre las participantes, aunque varía en términos de frecuencia, como se refleja en el Gráfico 1. De un total de 113 jugadoras encuestadas, las frecuencias más seleccionadas fueron: "*a veces me siento*

culpable” por un 29,2% (n=33), *“raramente me siento culpable”* por un 21,2% (n=24), y *“habitualmente me siento culpable”* por un 20,4% (n=23).

Estos resultados destacan que, a pesar de haber una gran variabilidad en el sentimiento de culpa entre las jugadoras, un 47,9% lo experimentan con una frecuencia de media a alta, lo que se refleja en las respuestas *“a menudo”, “habitualmente”* y *“siempre”*. Es relevante señalar que solo el 1,8% de las jugadoras seleccionó *“nunca me siento culpable”*, remarcando que la gran mayoría reconoce la presencia de este sentimiento.

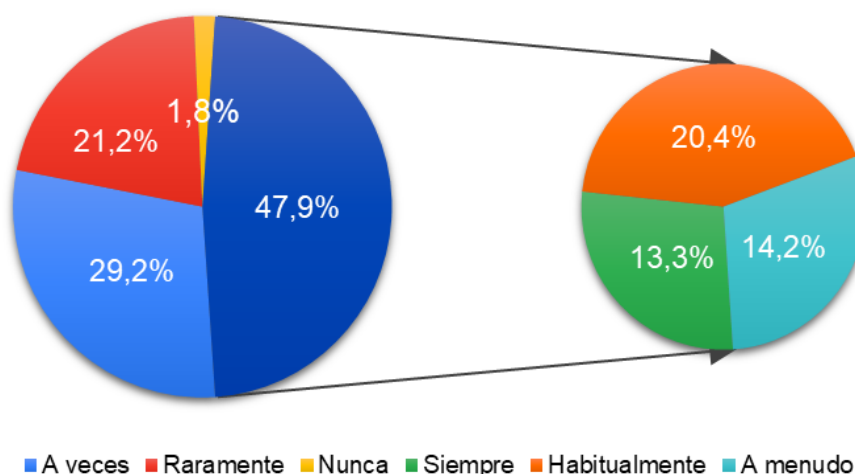


Gráfico 1. Resultado de sentimiento de culpa

2) Preocupación por delgadez:

Se evaluó a través de la pregunta n°2 del BEDA-Q: *“Me preocupa el deseo de estar más delgada”*. Los resultados reflejan que entre las jugadoras encuestadas existe el sentimiento de preocupación por el deseo de mantener un peso más bajo, reflejando cierto malestar o inquietud respecto a ello, en mayor o menor medida, como se ilustra en el gráfico 2.

Es de interés destacar que, del total de 113 jugadoras, el 27,4% (n=31) que corresponde al mayor porcentaje, refirieron que *“a veces”* les preocupa, y un 20,4% (n=23) *“habitualmente”* les preocupa estar más delgadas.

El 49,6% de las participantes presenta, en mayor medida, la preocupación por el deseo de estar más delgadas. (*“siempre”, “habitualmente”* y *“a menudo”*). En contraposición, el 50,4% refiere sentirse menos preocupadas (*“a veces”, “raramente”, “nunca”*).

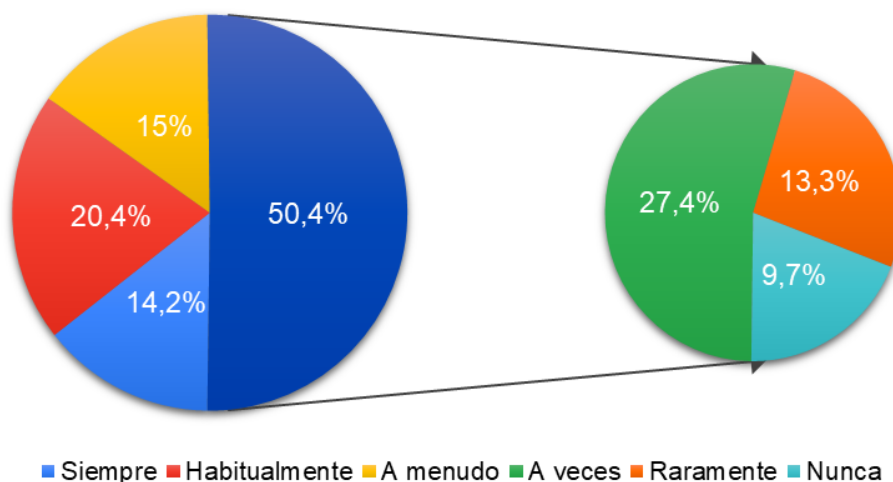


Gráfico 2. Resultado de la preocupación por delgadez

3) Percepción corporal en relación al tamaño del abdomen:

Se evaluó a través de la pregunta n°3 del BEDA-Q: *“Creo que mi abdomen es demasiado grande”*. Nuevamente se obtuvo una gran variabilidad de respuestas, como se observa en el gráfico 3. Cabe destacar que, a excepción del 26,5% (n=30) de las jugadoras que refirieron que *“raramente”* y *“nunca”* creen que su abdomen es demasiado grande, el porcentaje restante seleccionó en mayor o menor frecuencia que sí lo creen. Por lo que se puede determinar que existe cierta insatisfacción con respecto a la percepción de esta zona específica del cuerpo.

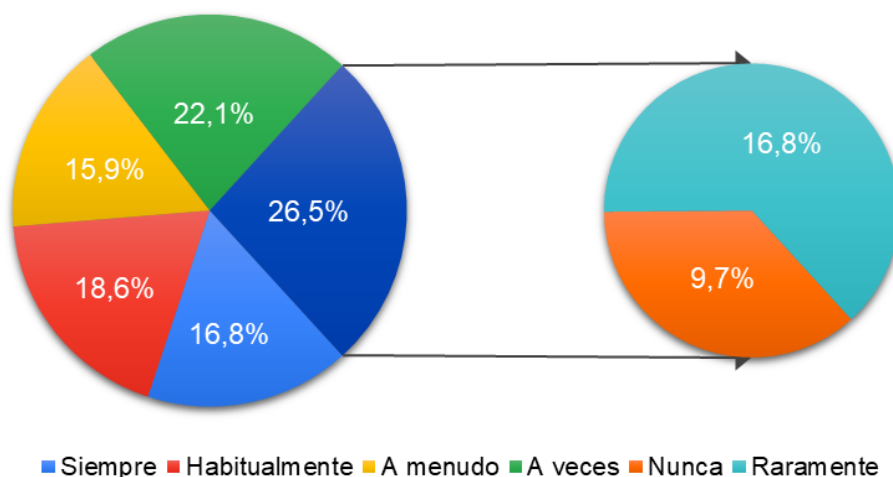


Gráfico 3. Resultado de la percepción corporal en relación al tamaño del abdomen

4) Satisfacción corporal:

La satisfacción corporal fue evaluada a través de la pregunta n°4 del BEDA-Q: *“Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo”*, correlacionada con la autoevaluación, los sentimientos o actitudes positivas hacia el propio cuerpo. Como se observa en el gráfico 4, los resultados demuestran que el 54,9% de las jugadoras presenta una menor frecuencia de satisfacción con su

cuerpo, considerando los porcentajes correspondientes a las respuestas de “a veces”, “raramente” y “nunca”; mientras que el 45,1% restante refieren sentirse satisfechas, teniendo en cuenta los porcentajes respectivos a las respuestas “siempre”, “habitualmente” y “a menudo”.

Esta pregunta puntúa de manera inversa, por lo que, en este caso, las respuestas “a veces”, “raramente” y “nunca” suman puntos en el cuestionario BEDA-Q, contribuyendo a la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA.

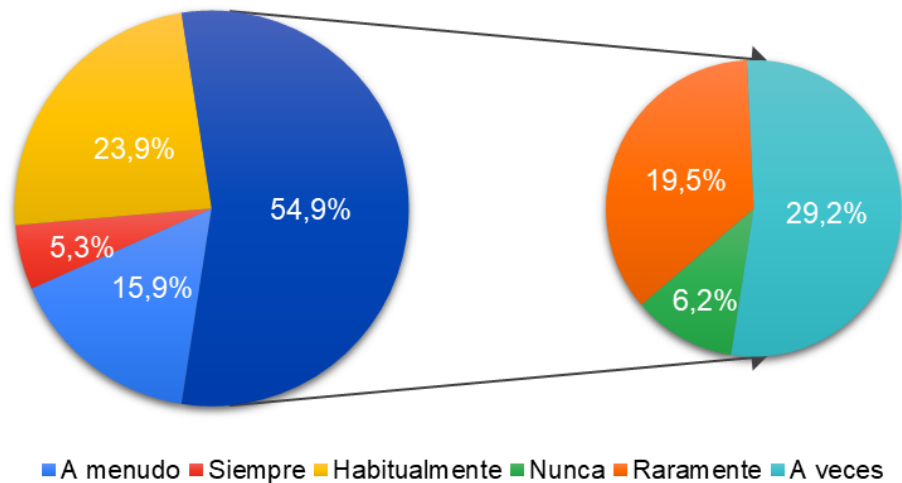


Gráfico 4. Resultado de satisfacción corporal

5) Exigencia del entorno familiar:

Respecto de la exigencia del entorno familiar, se analizó a través de la pregunta n°5 del BEDA-Q: “Mis padres han esperado excelencia de mí”. Como se representa en el gráfico 5, se observa una amplia diversidad en las respuestas, aunque es notable mencionar que el 40,7% de las participantes indicaron que sus padres esperaban excelencia de ellas con una frecuencia media a alta, contribuyendo al puntaje final total del BEDA-Q. Sin embargo, un porcentaje mayor (59,2%) señaló sentir esta presión por parte de sus padres con menor regularidad. En consecuencia, se podría concluir que este factor de riesgo de desarrollar TCA, relacionado con el entorno familiar no es tan prevalente en la población estudiada.

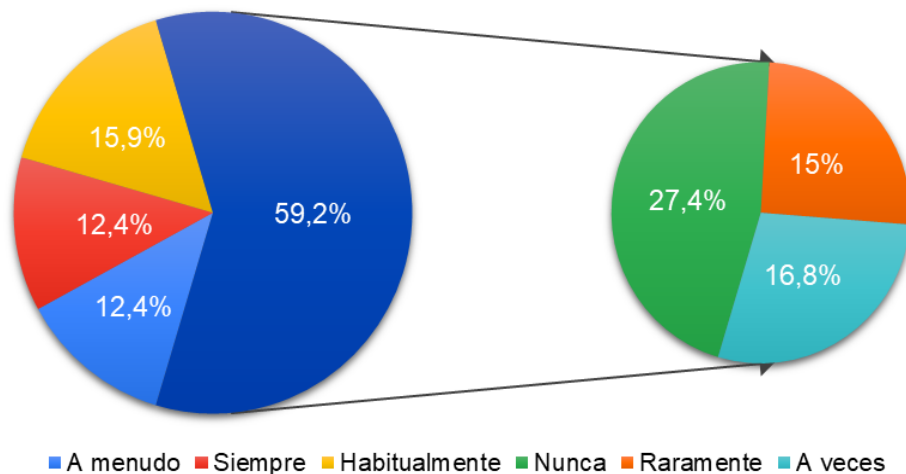


Gráfico 5. Resultado de exigencia del entorno familiar

6) Autoexigencia y perfeccionismo:

Se evaluó mediante la pregunta n°6 del BEDA-Q: *“De niña, me esforzaba mucho para no decepcionar a mis padres y profesores”*. Los resultados muestran que el 55,8% de las encuestadas afirma haber realizado dicho esfuerzo con una frecuencia media a alta. Es de interés enfatizar que el porcentaje más alto 24,8% (n=28) corresponde a la respuesta “siempre”.

La autoexigencia y el perfeccionismo, pueden estar intrínsecamente relacionados con la influencia de los padres. La constante búsqueda de evitar decepcionarlos, así como también a sus profesores, puede ejercer una presión significativa sobre las jugadoras por cumplir con ciertas expectativas. Esta presión, proveniente de las figuras de autoridad y el entorno familiar, puede dar lugar a una percepción negativa de sí mismas y, en última instancia, favorecer una baja autoestima, comparaciones con otros cuerpos, bajo nivel de satisfacción corporal, y otras conductas de riesgo.

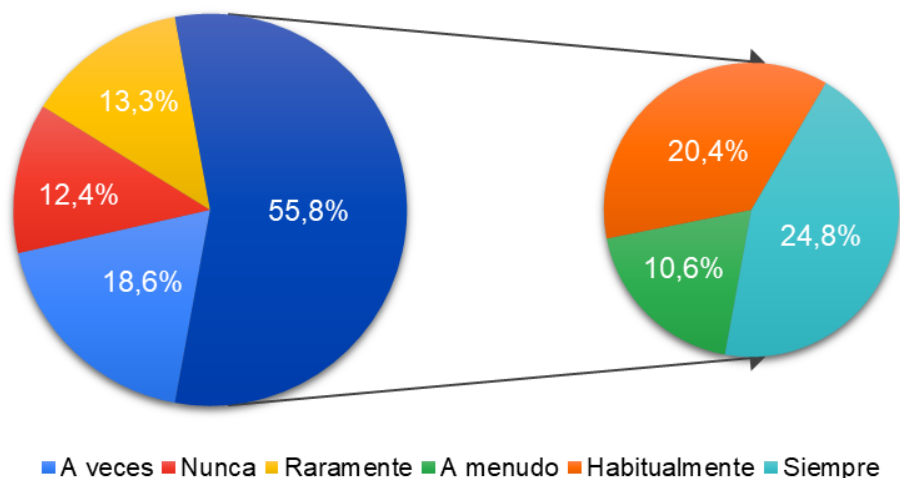


Gráfico 6. Resultado de autoexigencia

7) Intento de pérdida de peso en la actualidad:

Esta variable se estudió a partir de la pregunta n°7 del BEDA-Q: “¿Estás intentando perder peso ahora?”. Como se muestra en la tabla 1, un 52,2% (n=59) de las jugadoras respondió que actualmente sí lo están intentando y el 47,8% (n=54) restante que no. Es necesario tenerlo en cuenta, ya que la pérdida de peso voluntaria es uno de los factores de riesgo fundamentales en los TCA, y a su vez, puede estar asociado a la insatisfacción corporal presente en el grupo, considerando las preguntas anteriormente analizadas.

Variable	Muestra (N= 113)	Porcentaje
Total de jugadoras que están intentando perder peso	54	47,8%
Total de jugadoras que no están intentando perder peso	59	52,2%

Tabla 2. Resultado de intento de pérdida de peso en la actualidad

8) Intento previo de pérdida de peso:

La variable de intento previo de pérdida de peso fue evaluada a través de la pregunta n°8 del BEDA-Q: “¿Has intentado perder peso?”. Como se muestra en la tabla 2, el porcentaje de respuestas positivas es elevado, ya que un 86,7% refirió haber intentado perder peso en el pasado.

Teniendo en cuenta los resultados de la pregunta anterior, se observa que la práctica de realizar dieta es común entre las jugadoras, remarcando un elevado riesgo de desarrollar TCA.

Variable	Muestra (N= 113)	Porcentaje
Total de jugadoras que han intentado perder peso	98	86,7%
Total de jugadoras que no han intentado perder peso	15	13,3%

Tabla 3. Resultado de intento de pérdida de peso en el pasado

9) Número de total de veces que intento perder peso:

Se analizó mediante la pregunta n°9 del BEDA-Q: “Número total de veces que intentó perder peso”. En el gráfico 7 se distinguen las distintas respuestas obtenidas. Es destacable mencionar que el mayor porcentaje (38,9%) pertenece a las jugadoras que intentaron perder peso más de 5 veces; es decir, no solo es una práctica común entre las participantes, sino que también, lo han hecho reiteradas veces. Es preocupante y exagera aún más el riesgo de desarrollar TCA.

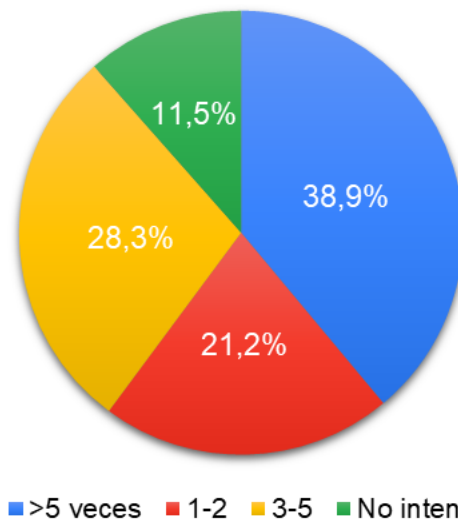


Gráfico 7. Resultado de número total de veces que intento perder peso

A continuación, se describe el análisis correspondiente a las preguntas de producción propia:

1) Presión del entorno deportivo por mantener cierta apariencia física:

Se estudió mediante la pregunta n°1: “¿Has sentido presión por parte de tu entorno deportivo (entrenadores, coordinadores, compañeras) por mantener una determinada apariencia física?”. El mayor porcentaje (66,3%) se conforma por quienes respondieron que “nunca” y “raramente” sintieron dicha presión. Este resultado permite ver que el entorno deportivo no es el factor de riesgo más prevalente en la población.

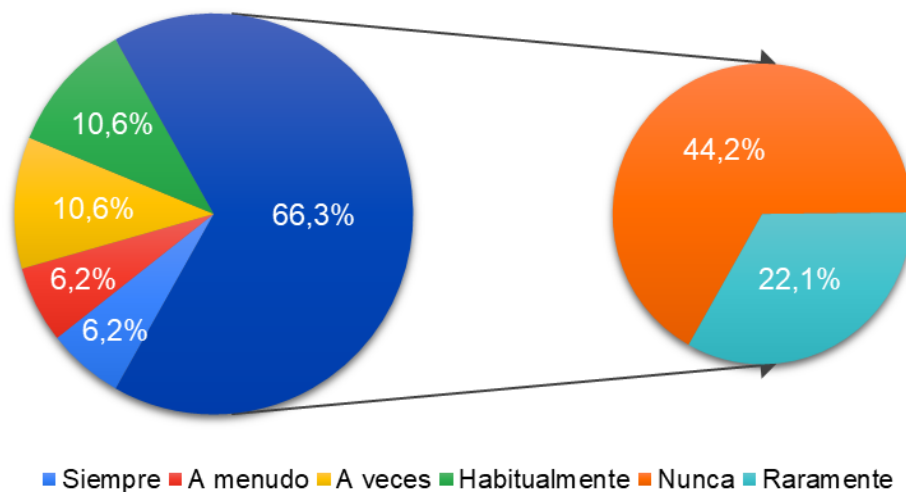


Gráfico 8. Resultado de presión del entorno deportivo por mantener cierta apariencia física

2) Comparación con otras jugadoras o modelos deportivas en términos de apariencia física:

Se evaluó a través de la pregunta n°2: “¿Te has comparado con otras jugadoras o modelos deportivas en términos de apariencia física?”. Las respuestas mostraron un alto porcentaje de jugadoras que sí se comparan en términos de apariencia física (74,3%). Se puede relacionar

directamente con el bajo nivel de satisfacción corporal y la autoexigencia existente entre las participantes.

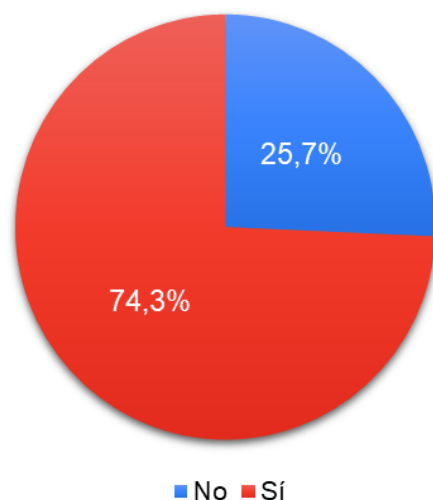


Gráfico 9. Resultado de comparación con otras jugadoras o modelos deportivas en términos de apariencia física

3) Cambios negativos en relación con la comida por factores deportivos:

La variable se analizó por medio de la pregunta n°3: *“¿Has notado cambios negativos en tu relación con la comida debido a factores deportivos? Cambios negativos: restricción, disminución de la ingesta y/o sentimiento de culpa al comer ciertos alimentos. Factores deportivos: presión, expectativa, comparaciones.”*. Los resultados encontrados fueron relativamente parejos, siendo un 54% de jugadoras que no han notado cambios negativos en su relación con la comida, mientras que el 46% restante refiere que sí lo ha hecho. Sin embargo, este último porcentaje es de interés, ya que corresponde a casi la mitad de las encuestadas que sintieron que su relación con la comida se ha visto afectada, considerando el resultado final del BEDA-Q del 62,8%.

Variable	Resultado (n=113)	Porcentaje
Total de jugadoras que tienen cambios negativos en relación a la comida	52	46%
Total de jugadoras que no tienen cambios negativos en relación a la comida	61	54%

Tabla 4. Resultado de cambios negativos en relación con la comida por factores deportivos

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en jugadoras mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F" de SBHC, La Plata, en el año 2023. El hallazgo principal reveló que un 62,8% de las participantes presentó este riesgo, y entre los factores de riesgo más destacados se incluyen: sentimiento de culpa luego de comer en exceso, un bajo nivel de satisfacción corporal, un elevado nivel de perfeccionismo y autoexigencia, e intentos previos y actuales de pérdida de peso. Los resultados se obtuvieron a partir de la herramienta de cribado BEDA-Q complementado con preguntas de producción propia.

El resultado encontrado en la población estudiada, significativamente alto, es similar al 68,6% de riesgo de desarrollar TCA hallado en la investigación realizada por Magee y cols. en atletas de escuela secundaria, donde también aplicaron el BEDA-Q. Sin embargo, se presenta una disparidad con los resultados del estudio realizado por Perry y cols. en jugadoras de fútbol profesional (36%). La diferencia puede deberse a diversos aspectos, como las características de las distintas muestras, el tipo de deporte y su exigencia, el contexto sociocultural y el entorno deportivo. A su vez, un estudio noruego determinó un amplio rango de las tasas de prevalencia de TCA, entre un 6 a 45%, discrepancia que puede deberse a las diferencias metodológicas, ya que en los estudios evaluados se utilizaron distintas herramientas de detección. En relación al contexto nacional, la elevada prevalencia de riesgo de TCA obtenida en esta investigación no resulta inusual, debido a que Argentina ha sido identificada como uno de los países con las tasas más altas a nivel mundial. A pesar de que la literatura existente sobre TCA en deportistas es limitada y no permite una comparación directa, es coherente la prevalencia encontrada, dado el contexto del país.

Con respecto a los factores de riesgo, contrastando los resultados obtenidos con los de los estudios previamente desarrollados, se encontraron ciertas similitudes y diferencias. A nivel mundial, una revisión realizada en España, determinó que la vulnerabilidad de los atletas a desarrollar un TCA, puede estar influenciada por características psicológicas como el perfeccionismo y las expectativas altas; esto se correlaciona con las participantes, en las cuales se halló un elevado nivel de perfeccionismo y autoexigencia. A su vez, en otra revisión proveniente de España, se destaca que los deportistas suelen realizar dietas en consecuencia de la exigencia de ciertos deportes por mantener una determinada imagen corporal; en el caso de las jugadoras encuestadas, a pesar de que se halló que la realización de dietas es una práctica prevalente, no es posible afirmar que las mismas se deban exclusivamente a la búsqueda de una imagen corporal específica, ya que pueden estar influenciadas por otros factores. Además, se encuentra una discrepancia con esta revisión, ya que concluye que la categoría deportiva es un factor de riesgo, siendo el mayor nivel competitivo el que tiene mayor probabilidad de desarrollar TCA; lo cual, en

este caso, no concuerda ya que la categoría “F” de SBHC no es de alto rendimiento, y aun así la prevalencia de riesgo es alta.

Respecto al contexto de Latinoamérica, se encontraron ciertas semejanzas. En un estudio de Colombia, los factores de riesgo que coinciden con los más prevalentes de esta investigación son: género femenino, uso de dietas para adelgazar y sentimiento de culpa después de comer. Es necesario mencionar que en este estudio se destacó la distorsión de la imagen corporal, no obstante, en las jugadoras de SBHC no se evaluó este FR, pero sí se encontró un bajo nivel de satisfacción corporal. Otro ejemplo es la tesis realizada en Ecuador, donde se analizaron conductas alimentarias de riesgo, dentro de las cuales se incluyeron la preocupación por el aumento de peso y las dietas; las mismas también se vieron reflejadas entre las jugadoras de hockey.

A nivel nacional, se hace hincapié en ciertas coincidencias halladas en algunas investigaciones basadas en factores de riesgo. En un estudio realizado por la UBA y el CONICET, se identificó la insatisfacción de la imagen corporal entre sus participantes, factor que se asemeja con el bajo nivel de satisfacción corporal existente entre las jugadoras de hockey. Asimismo, otro estudio también realizado por la UBA, concluyó que la mayoría de las adolescentes deseaba una figura más delgada, lo cual se puede correlacionar con la preocupación manifestada por las encuestadas sobre el deseo de estar más delgadas.

Por su parte, es relevante señalar que el factor de riesgo denominado “*entorno deportivo*” no ha mostrado una prevalencia significativa en la población estudiada, lo cual contrasta con la bibliografía utilizada que enfatiza la notable influencia de dicho factor en el desarrollo de TCA. Se destaca que el entorno deportivo tiene el potencial de desencadenar o agravar los TCA en deportistas predispuestos, e incluso puede intensificar trastornos preexistentes; así como también, puede contribuir a normalizarlos. A su vez, se observa una similitud respecto a la prevalencia del factor de riesgo “*entorno familiar*”, considerando un artículo de España, donde se enfatiza el rol de la familia y menciona que las expectativas altas hacia sus hijos/as predisponen a un mayor riesgo de desarrollar TCA. Sin embargo, las jugadoras encuestadas manifestaron que en menor medida han sentido presión por parte de sus padres.

Por último, deben tenerse en cuenta algunas limitaciones de esta investigación. Este estudio se realizó en una muestra de tipo no probabilístico, debido a que fue elegida por facilidades de contacto, lo cual no hace posible la generalización de los resultados. A su vez, al ser una encuesta autoreportada puede contener sesgos; también se destaca que no se evaluaron aspectos de antecedentes de TCA en la familia, que podrían haber sido de utilidad. Para finalizar, es necesario mencionar la dificultad que se presentó al comparar los resultados hallados con los datos de Argentina, a causa de la falta de estadísticas concretas sobre TCA en el ámbito deportivo.

CONCLUSIÓN

La presente investigación ha arrojado hallazgos interesantes sobre el riesgo de desarrollar TCA en el ámbito deportivo, específicamente en hockey sobre césped. A través de un riguroso análisis y una encuesta detallada, se han obtenido resultados significativos que merecen atención y acciones preventivas.

El objetivo general fue evaluar la prevalencia de riesgo de desarrollar TCA en las jugadoras mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F" de SBHC en el año 2023. Los resultados revelaron que el 62,8% de las encuestadas presentan riesgo de desarrollar TCA. Este hallazgo es notable, ya que, según la literatura científica disponible, se presenta mayormente una elevada prevalencia de TCA en deportes de estética y deportes de categoría por peso. Por ende, este estudio, permitió conocer que en el hockey sobre césped también existe un elevado riesgo de desarrollar TCA.

A su vez, considerando la complejidad del tema, es necesario que los factores de riesgo se analicen de forma conjunta e integral, como se planteó previamente. Con respecto a la imagen corporal, juega un papel crucial en la percepción personal de la apariencia física y puede verse influenciada por una serie de factores, entre ellos los estándares socioculturales que promueven comparaciones entre personas y por ende, la frustración e insatisfacción corporal de no cumplir con el estereotipo avalado, lo que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar TCA. Los resultados que se obtuvieron indican que la preocupación por el deseo de estar más delgadas y el bajo nivel de satisfacción corporal están presentes en una parte significativa de participantes, así como también, la comparación con otras jugadoras.

En relación al factor de riesgo que involucra la culpa después de comer en exceso y la realización de dietas, se observaron porcentajes significativos entre las jugadoras. Estos hallazgos sugieren que algunas participantes podrían estar adoptando prácticas alimentarias riesgosas, como se refleja en los intentos de pérdida de peso voluntaria. Estas conductas pueden relacionarse con el bajo nivel de satisfacción corporal y la tendencia a compararse con otras figuras deportivas. Lo que puede impulsar la búsqueda de un cuerpo ideal a través de dietas y restricciones alimentarias.

A su vez, el perfeccionismo y la autoexigencia también se han relacionado con actitudes y conductas compatibles con TCA. En esta investigación, se observó que un porcentaje sustancial de jugadoras informó haberse esforzado en gran medida para no decepcionar a sus padres y profesores. Este comportamiento puede desencadenar percepciones negativas en las mismas, promoviendo una baja autoestima, la cual puede asociarse al bajo nivel de satisfacción corporal y comparación con otras figuras deportivas.

Por último, la influencia del entorno, tanto familiar como deportivo, es un factor crítico en el desarrollo de TCA. Los entrenadores pueden llegar a ejercer cierta presión por mantener determinada figura corporal y/o rendimiento deportivo; y en el caso del entorno familiar, pueden presentarse ciertas cuestiones como: expectativas demasiadas altas en sus hijos/as, sobreprotección, falta de flexibilidad, escasa comunicación, obsesión por parte de los padres con el cuerpo, que pueden desencadenar ciertas conductas de riesgo en los/as hijos/as. Sin embargo, los resultados indican que a pesar de que algunas jugadoras han experimentado expectativas elevadas de sus padres y cierta presión por parte del entorno deportivo, no son los factores de riesgo más predominantes en las participantes.

Considerando los aspectos evaluados mediante la herramienta de cribado BEDA-Q y las preguntas de elaboración propia, se podría considerar que la elevada prevalencia de riesgo de desarrollar TCA se relaciona a cuestiones extra deportivas.

Estos resultados no deben considerarse de forma aislada, es importante contextualizarlos en el panorama nacional. La investigación previa en Argentina ha documentado un aumento constante en la prevalencia de TCA en la población general, con cifras alarmantes que oscilan entre el 10% y el 14,1% en adolescentes y jóvenes. Sin embargo, a pesar de estos datos significativos, como se mencionó en el desarrollo de la investigación, existe una falta de información específica sobre TCA en el ámbito deportivo; este trabajo, en consecuencia, ha contribuido a proporcionar un indicio de la importancia de la profundización en la temática.

A partir de lo observado, es notable la necesidad de tomar medidas preventivas y de concientización en el ámbito del hockey y el deporte en general, ya que la detección temprana junto a la intervención, son fundamentales para prevenir el desarrollo de TCA. Para ello, es primordial la presencia de profesionales idóneos, como lo son los Licenciados en Nutrición, Psicólogos y Médicos especializados en el deporte y TCA, que trabajen de forma integral con los atletas, para que desde las distintas áreas de la salud se optimice el rendimiento de manera segura y saludable.

En resumen, esta investigación destaca la elevada prevalencia de riesgo de desarrollar TCA entre las jugadoras de hockey y enfatiza la importancia de abordar la cuestión de manera proactiva, a la vez que proporciona una base para futuras investigaciones y/o intervenciones en este ámbito deportivo, con el propósito de abarcarlo de manera más profunda.

SUGERENCIAS

Es de vital importancia llevar a cabo una detección temprana y brindar apoyo a las jugadoras en riesgo de desarrollar TCA. Por esta razón se recomienda proporcionar, a todas las jugadoras, el acceso a profesionales de la salud mental y nutricionistas especializados en trastornos alimentarios dentro de SBHC. Estos profesionales pueden desempeñar un papel fundamental en la concientización sobre la enfermedad y en fomentar la capacidad introspectiva de las jugadoras, motivándolas a buscar un cambio positivo en su bienestar.

Además, se considera beneficioso implementar programas de prevención que promuevan una imagen corporal saludable y enseñen estrategias para enfrentar la presión relacionada con la apariencia física y el rendimiento deportivo. Este ámbito podría ser un contexto ideal para promover, desde edades tempranas, la apreciación de la diversidad de cuerpos y la autoaceptación entre las adolescentes, jóvenes y adultas.

Paralelamente, se aboga por la realización de investigaciones más profundas en el ámbito de TCA, tanto en la población en general como en deportistas. Esto puede permitir avanzar en la comprensión epidemiológica y etiológica de los TCA, lo que a su vez puede mejorar la efectividad de las medidas preventivas y facilitar el desarrollo de estrategias de tratamiento más específicas para la población deportiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilker Salinas, Itziar F. Valencia. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) [Internet]. Clínic Barcelona. [citado en julio de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
2. Shriver LH, Wollenberg G, Gates GE. Prevalence of Disordered Eating and Its Association With Emotion Regulation in Female College Athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism* [Internet]. 2016 [citado en Mayo 2023]; 26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2015-0166>
3. Marí-Sanchis A, Burgos-Balmaseda J, Hidalgo-Borrajo R. Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva. Actualización y propuesta de abordaje integral. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2022 [citado en Agosto de 2023];69(2):131–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-practica-deportiva--S2530016421001257>
4. Mervat Nasser. Eating disorders across cultures. [citado en junio de 2023] <j.mppsy.2009.06.009.pdf>
5. Barrionuevo CN. Trastornos en la Conducta Alimentaria: un compromiso multisistémico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* [Internet]. 2014 [citado en Mayo 2023];71(4). Disponible en: <http://www.revista2.fcm.unc.edu.ar/2014.71.4/pdf/edit.pdf>
6. De Santos AB. La Importancia del Tratamiento Nutricional en las Diferentes Unidades de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universidad del País Vasco; 2018.
7. Wells KR, Jeacocke NA, Appaneal R, Smith HD, Vlahovich N, Burke LM, Hughes D. The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *British Journal of Sports Medicine* [Internet]. 2020 [citado en Mayo 2023];54. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/54/21/1247>
8. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Publishing; 2013. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
9. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [Mexican journal of eating disorders] [Internet]. 2015 [citado en junio 2023];6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>

10. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995.
11. Bonci CM, Bonci LJ, Granger LR, Johnson CL, Malina RM, Milne LW, et al. National athletic trainers' association position statement: Preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *J Athl Train* [Internet]. 2008 [citado en agosto de 2023];43(1):80–108. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/jat/article/43/1/80/129129/National-Athletic-Trainers-Association-Position>
12. Cabre HE, Moore SR, Smith-Ryan AE, Hackney AC. Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S): scientific, clinical, and practical implications for the female athlete. *German Journal of Sports Medicine* [Internet]. 2022 [citado en junio 2023];73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5960/dzsm.2022.546>
13. Gordis L. *Epidemiology*. W.B. Saunders Co; Philadelphia, 1996.
14. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención [Internet]. *Isciii.es*. 2008 [citado en agosto de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/revision1.pdf>
15. Matzkin V, Gafare C, Valicenti N, Soto S, Ringel C, Levy L. Mindfulness e Imagen Corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Diaeta* [Internet]. 2019 [citado en agosto de 2023];37(169):34–41. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372019000400005
16. Acuña Leiva, V., Niklitschek Tapia, C., Quiñones Bergeret, A. y Ugarte Pérez, C. (2020). Insatisfacción De La Imagen Corporal y Estado Nutricional En Estudiantes Universitarios. *Revista de Psicoterapia*, [citado en agosto de 2023] 31(116), 279-294. Disponible <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.344>
17. Thomas F. Cash. *The body image workbook : an eight-step program for learning to like your looks*
18. Saucedo M. T, Peña I.A, Fernández Cortés T.L, García R.A, Jiménez Balderrama R.E. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta [Internet]. *Www.uv.mx*. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/identificacion.pdf
19. Real Academia Española. *Culpa*. 2023.
20. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Trastornos alimentarios en atletas: descripción general de la prevalencia, factores de riesgo y recomendaciones para la prevención y el tratamiento. *EJSS (Champaña)* [Internet]. 2013;13(5):499–508. [citado en junio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>

21. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [citado en Agosto de 2023];28(1):27–35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000100004&script=sci_arttext&tlng=en
22. Chemisquy, Sonia; Oros, Laura B; Serppe, Mónica; Ernst, Cindy. CARACTERIZACIÓN DEL PERFECCIONISMO DISFUNCIONAL EN LA NIÑEZ TARDÍA. *redalyc.org*. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4676/467663352001/467663352001.pdf>
23. Behar A R, Gramegna S G, Arancibia M M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2014 [citado en Agosto de 2023];52(2):103–14. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000200006
24. Asuero R, Avargues ML, Martín B, Borda M. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escr Psicol* [Internet]. 2012 [citado en Agosto de 2023];5(2):39–45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000200005
25. Plateau CR, McDermott HJ, Arcelus J, Meyer C. Identifying and preventing disordered eating among athletes: Perceptions of track and field coaches. *Psychol Sport Exerc* [Internet]. 2014;15(6):721–8. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.11.004>
26. Ceballos ID, Molina MJR, Vallejo EN, Izquierdo DG. Creencias, actitudes y conductas de riesgo de entrenadores en relación con el peso de sus deportistas: un estudio descriptivo. *Rev Psicol Apl al Deporte Ejerc Fís* [Internet]. 2019;4(2). [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6138/613865246004/613865246004.pdf>
27. Donoso Pérez B, Álvarez-Sotomayor A, Giménez AR. Los significados del deporte de competición para las mujeres deportistas. *Sociología del Deporte* [Internet]. 2021 [citado en junio 2023];2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46661/socioldeporte.6370>
28. Real Academia Española. Hockey. 2023.
29. Schladitz W. Hockey sobre césped. Stadium Books; 1998. [citado en mayo 2023]. Disponible en: <https://olympics.com/es/deportes/hockey-sobre-cesped/>
30. Actualidad deportiva. Hockey en los juegos olímpicos: una breve historia. 2021 [citado en junio 2023]; Disponible en: <http://actualidaddeportiva.com.ar/hockey-en-los-juegos-olimpicos-una-breve-historia/>
31. as. Historia del hockey en los Juegos Olímpicos: medallero, palmarés y ganadores. 2021 [citado en junio 2023].
32. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de

- impacto. Revista Alergia México [Internet]. 2017 [citado en mayo 2023];64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
33. Peláez-Fernández MA, Raich RM. Prevalence of eating disorders: Methodological considerations [Internet]. Researchgate.net. In International Journal of Psychology and Psychological Therapy · January 2005 [citado en junio de 2023]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/288359781>
34. Gasparini, Sandra Raquel. Vista de Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en América latina [Internet]. Edu.ar. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://portalderevistas.unsa.edu.ar/index.php/RCSA/article/view/934/901>
35. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura ML. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders [Internet]. Unam.mx. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/6/15>
36. Desde la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Covid-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en fases inicial. [Internet]. Org.ar. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf
37. Ascunce EN. Cribado: para qué y cómo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2015 [citado en mayo 2023];38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Agència d'Avaluació de Tecnologia; 2009.
39. Martinsen M, Holme I, Pensgaard AM, Klungland TM, Sundgot-Borgen J. The Development of the Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire. Medicine & Science in Sports & Exercise [Internet]. 2014 [citado en mayo 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0000000000000276>
40. Martínez RA, Salar NV, Montero CC, Cervelló GE, Roche CE. Desórdenes alimentarios y supervisión dietética en deportes de contacto; el cuestionario EAT-26 no parece apropiado para evaluar desórdenes alimentarios en deportistas. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2015 [citado en junio 2023];32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9214>
41. EAT-26: Eating Attitudes Test & Eating Disorder Testing – Use the EAT-26 to help you determine if you need to speak to a mental health professional to get help for an eating disorder [Internet]. Eat-26.com. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.eat-26.com/>
42. Castro J, Toro J, Salamero M. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. Eval Psicol. 1991;7:175-189.15

43. Álvarez-Rayón G, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, Unikel-Santocini C, Caballero-Romo A, Mercado-Corona D. Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*. 2004;9(4):243-248
44. Monterrosa-Castro A, Boneu-Yépez DJ M-MJT, Almanza-Obredor PE. Trastornos del Comportamiento Alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas* [Internet]. 2012 [citado en junio 2023];3(1). Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173/2700>
45. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* [Internet]. 1999 [citado en Agosto de 2023];319(7223):1467–8. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/319/7223/1467>
46. García-Campaño J, Saenz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005;59(2):51-55
47. Perry C, Chantry CJ, Champ FM. Elite female footballers in England: an exploration of mental ill-health and help-seeking intentions. *Sci Med Footb*, 2022. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24733938.2022.2084149?needAccess=true>
48. Magee MK, Jones MT, Carpenter M, Jagim AR. Body composition, energy availability, risk of eating disorder, and sport nutrition knowledge in young athletes. *Nutrients*, 2023. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36986231/>
49. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp*, 2008 [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003
50. Peña Salgado, N., López de Arco, S., & Liévano Fiesco, M. (2014). Conductas alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(2), 29-38. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.7203/655>
51. María Torres. Presión Social por la Apariencia y Ansiedad en Mujeres Deportistas con Riesgo de Trastorno por Atracones. *Semillero de Investigación en psicología Clínica y Salud Mental*. Febrero 2023. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/6903/E2-Presi%C3%B3n%20Social%20por%20la%20Apariencia%20y%20Ansiedad%20en%20Mujeres%20Deportistas%20con%20Riesgo%20de%20Trastorno%20por%20Atracones%20E2%80%AF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Andrea Vinueza. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y trastornos alimentarios en adultos jóvenes deportistas. *Disertación de grado para optar por el título de licenciada en nutrición*

humana. Febrero 2015. [citado en Agosto de 2023]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8034/ANDREA%20BELEN%20LOPEZ%20VINUEZA%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

53. Toledo Hinarejos M, León Zarceño EM, Cantón Chirivella E. El rol del deporte en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión de la literatura más reciente (2015-2020). Journal of Sport and Health Research [Internet]. 2023 [citado en junio 2023];15. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.58727/jsr.88671>

ANEXOS

Anexo 1

- 1
I feel extremely guilty after overeating (EDI-DT11)^{a,c}
 always usually often sometimes rarely never
- 2
I am preoccupied with the desire to be thinner (EDI-DT32)^{a,c}
 always usually often sometimes rarely never
- 3
I think that my stomach is too big (EDI-BD2)^{a,c}
 always usually often sometimes rarely never
- 4
I feel satisfied with the shape of my body (EDI-BD19)^{a,b}
 always usually often sometimes rarely never
- 5
My parents have expected excellence of me (EDI-P43)^c
 always usually often sometimes rarely never
- 6
As a child, I tried very hard to avoid disappointing my parents and teachers (EDI-P29)^c
 always usually often sometimes rarely never
- 7
Are you trying to lose weight now?
 Yes No
- 8
Have you tried to lose weight?
 Yes No
- 9
If yes, how many times have you tried to lose weight?
 1-2 3-5 >5 times
Dieting (trying to lose weight now and/or tried before ≥ 3 times)

Traducción:

1. Me siento muy culpable después de comer en exceso. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
2. Me preocupa el deseo de estar más delgada. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
3. Creo que mi abdomen es demasiado grande. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
4. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
5. Mis padres han esperado excelencia de mi. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
6. De niña, me esforzaba mucho para no decepcionar a mis padres y profesores. Respuestas: siempre, habitualmente, a menudo, a veces, raramente, nunca.
7. ¿Estás intentando perder peso ahora? Respuestas: Si, No.
8. ¿Has intentado perder peso? Respuestas: Si, No.

9. En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha intentado perder peso? Respuestas: 1-2, 3-5, >5 veces. Hacer dieta: intentar perder peso ahora y/o haberlo intentado antes 3 veces o más.

Anexo 2

Preguntas de producción propia:

¿Has sentido presión por parte de tu entorno deportivo (entrenadores, coordinadores, compañeras) por mantener una determinada apariencia física?	Siempre	
	Habitualmente	
	A menudo	
	Raramente	
	Nunca	
¿Te has comparado con otras jugadoras o modelos deportivas en términos de apariencia física?	Si	No
¿Has notado cambios negativos en tu relación con la comida debido a factores deportivos? Cambios negativos: restricción, disminución de la ingesta y/o sentimiento de culpa al comer ciertos alimentos. Factores deportivos: presión, expectativa, comparaciones.	Si	No

Anexo 3

Consentimiento para mayores de 13 años:

Consentimiento informado para padre/madre/tutor/tutora

Proyecto: *“Prevalencia de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en jugadoras de hockey mayores de 13 años pertenecientes a la categoría “F” de Santa Bárbara Hockey Club, La Plata”.*

Investigadoras responsables: Alegre Iara, Fraysse Martina, Gonzalez Maria Paz, Tear Maria Julieta.

Invitamos a su hijo/a participar del Proyecto de Investigación titulado *“Prevalencia de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en jugadoras de hockey mayores de 13 años pertenecientes a la categoría “F” de SBHC, La Plata”*, con el fin de evaluar la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las deportistas. La información recolectada quedará disponible como herramienta para futuras intervenciones dentro del área nutricional. Al aceptar participar de

esta investigación su hijo/a deberá responder una encuesta por la plataforma Google Forms, de manera anónima.

Permito la participación de mi hijo/a _____,
DNI _____, además entiendo que es totalmente libre y voluntaria. Mi hijo/a posee el derecho a retirarse de la investigación en el momento que lo desee sin ningún tipo de consecuencias.

Firma, aclaración y DNI de padre/madre/tutor/tutora: _____

Anexo 4

Consentimiento dispuesto previo a completar el formulario:

Esta encuesta es parte de una Tesina de Grado de la carrera Lic. en Nutrición, UNLP, que evalúa la *prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadoras de hockey mayores de 13 años pertenecientes a la categoría "F" de SBHC, La Plata.*

La encuesta es de carácter individual, autoadministrada y ANÓNIMA.

Se analizará la información en forma conjunta, por lo que no habrá ninguna posibilidad de identificar las respuestas de cada participante.

Completar la encuesta le tomará alrededor de 15 minutos, le agradecemos por su tiempo.

IMPORTANTE: Al pasar a la siguiente página estará dando su consentimiento para utilizar la información con fines investigativos.