



Valoración de la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas alimentarias de riesgo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Alumna: María Laura Massa

Tutores: Carla Carrazana, Ivana Lavanda

Universidad Isalud. Venezuela 931, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Julio de 2015

Agradecimientos

A mi familia por el apoyo incondicional durante toda la carrera.

A mi profesora Carla Carrazana por guiarme para realizar este trabajo.

A mis amigas Lucía, Mariana, Daniela y Soledad por acompañarme durante toda la carrera.

A la Universidad Isalud por el apoyo y por los años de formación profesional.

Indice

Resumen.....	5
I.Introducción	6
1.1 Planteo del problema:.....	8
1.2 Preguntas de investigación:	8
1.3 Objetivo general:.....	8
1.4 Objetivos específicos:.....	9
1.5 Viabilidad:	9
II.Marco teórico	10
2.1 Marco conceptual	10
2.1.1 Estado Nutricional	10
2.1.2 Hábitos alimentarios restrictivos	10
2.1.3 Imagen corporal	19
2.1.4 Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria	21
2.1.5 Imagen corporal y actividad física	22
2.1.6 Evaluación de la imagen corporal	23
2.1.7 Hábito de <i>Running</i>	25
2.2 Estado del arte	26
2.2.1 Imagen corporal y actividad física	26
2.2.2 Hábitos alimentarios restrictivos en deportistas	28
2.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte	30
III.Metodología	33
3.1 Enfoque.....	33
3.2 Alcance	33

3.3 Diseño de investigación.....	33
3.4 Población y Muestra	34
3.5 Recolección de datos	35
3.6 Hipótesis	37
3.7 Operacionalización de variables	38
IV.Resultados	45
V.Discusión:.....	60
VI.Conclusión.....	63
VII.Referencias	64
VIII.Anexos	68
Anexo 1:Encuesta	68
Anexo 2:Consentimiento informado del respondente	76
Anexo 3:Autorización de autor para la divulgación inédita en formato electrónico.....	77
Anexo 4:Derechos para la publicación del trabajo final integrador	78

Resumen

Valoración de la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas alimentarias de riesgo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires.

María Laura Massa mail: lic.lauramassa@gmail.com

Universidad Isalud

Introducción: El *running* está asociado a cuerpos delgados y fibrosos. Practicar este deporte conlleva a la realización de dietas para perder peso en búsqueda de una figura ideal, recurriendo a comportamientos de riesgo a partir de su percepción del cuerpo.

Objetivo: Evaluar la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas de riesgo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires. **Material y**

métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta de 15 preguntas sobre hábitos alimentarios. Se utilizó el EAT 26 para identificar síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y se valoró la percepción de la imagen corporal a través del SFS (Stándar Figural Stimuli). **Resultados:** El 66,25% de los corredores presentó normopeso. Más del 90% de la población desayuna, almuerza y cena. El 11,25 % presentó riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. El 57,5% de la población no presentó distorsión de la imagen corporal. El 58,75% de la población presentó insatisfacción con su imagen corporal. **Conclusión:** Los corredores evaluados de la ciudad de Buenos Aires no presentaron hábitos alimentarios restrictivos. No presentaron alteración en la percepción de su imagen corporal pero si insatisfacción con la misma.

Palabras claves: Hábitos alimenticios, Imagen corporal, trastornos de conducta, distorsión de la percepción.

I. Introducción

El *running* se ha convertido en un fenómeno social durante los últimos años. Hay una gran cantidad de carreras populares, maratones y media maratones en todo el país, sobre todo en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano donde se realizan aproximadamente cuatro carreras por mes, inclusive llegan a realizarse dos o más carreras el mismo fin de semana (Madroño A, 2013).

El *running* de larga distancia está asociado a cuerpos muy delgados y fibrosos y es frecuente que muchos deportistas en algún momento se planteen enfrentarse a algún tipo de dieta para perder peso. Los corredores, y especialmente los de largas distancia, tienen requerimientos de energía y de nutrientes mayores que los de una persona sedentaria, pero aún no se conoce sobre los hábitos alimentarios de esta población la cual lleva un entrenamiento físico exigente (Madroño A, 2013).

El *running* se caracteriza por tener un fuerte componente estético que influye directamente sobre las conductas alimentarias de los deportistas. Los deportes que presentan mayor riesgo son aquellos que enfatizan una apariencia delgada, que requieren un porcentaje bajo de grasa para un rendimiento deportivo óptimo o que requieren un peso determinado para clasificar (Bazan N, Dumont M, 2006).

Para buscar una figura ideal, los deportistas pueden recurrir a comportamientos de riesgo a partir de su percepción del cuerpo. Aquellos con alteraciones en la percepción de su imagen corporal pueden desarrollar conductas irregulares en su alimentación lo que puede tener consecuencias en la aparición de trastornos en la conducta alimentaria (Bazán N et al, 2006).

En los últimos años ha ido tomando fuerza el objetivo de mantener un buen estado de forma a través de la práctica de actividad física. Este “buen estado de forma” se traduce en numerosas ocasiones en la consecución de fines estéticos, es decir, conseguir bajar de peso, mantenerse delgados o con una imagen corporal determinada (Díaz J, Ceballos I, 2012).

De este modo, en algunos casos el deporte ha pasado de ser considerado como un medio para mejorar la salud o como una actividad encaminada al ocio, a convertirse en un método para lograr un ideal de belleza que puede llegar a implicar una práctica no saludable del mismo (Díaz J, Ceballos I, 2012).

En Argentina se realizó un trabajo de investigación con 270 mujeres deportistas, de 11 a 24 años, que realizaban actividad física con una frecuencia no menor a tres horas semanales. El objetivo fue determinar síntomas de trastornos alimentarios y los factores que podrían predisponer a ellos. Los resultados fueron que el 31% estaba insatisfecha con su imagen corporal y un 21% tenía conductas perfeccionistas. (Bazan N, Dumont M, 2006).

En un estudio realizado por la Asociación Argentina de Psicología del Deporte se pudo determinar que el 3% de una población de 695 atletas cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y 21% para bulimia; los métodos de control de peso más comunes entre estos deportistas fueron ejercicio excesivo (58.8%), consumir menos de 600 kcal/día (23.5%), ayunos de más de 24 hs (11.9%), vómitos autoinducidos (5.6%), uso de laxantes (3.7%), diuréticos (3.2%), enemas (1.4%); y el 74% de una muestra de gimnastas y 47% de corredores de larga distancia implementaban ciertas conductas para perder peso (Giesenow C, 2012).

Las conductas restrictivas afectan la performance y salud de la población deportista. La ingesta inadecuada de energía y/o macronutrientes puede afectar el estado de salud directamente, como consecuencia del bajo peso corporal, o indirectamente a través de efectos de prácticas de conducta, de dieta o de ejercicio, utilizadas para mantener un bajo peso corporal (Bazán N et al, 2006).

Algunas consecuencias de la deficiencia crónica de nutrientes incluyen: fatiga crónica, incremento de la susceptibilidad a la infección, recuperación de lesiones tardías, anemia, desbalances electrolíticos, problemas cardiovasculares, anomalías endocrinas, osteoporosis y aumento de riesgo de muerte súbita (Bazán N et al, 2006).

El propósito de esta investigación es describir la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimentarios restrictivos que practican los corredores de la ciudad de Buenos Aires.

Hasta la fecha no se ha investigado sobre los hábitos alimentarios de esta población, la percepción de su imagen corporal y sus conductas alimentarias.

1.1 Planteo del problema:

¿Los corredores de la ciudad de Buenos Aires presentan alteración de la percepción de su imagen corporal, síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y hábitos alimentarios restrictivos?

1.2 Preguntas de investigación:

En los corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires:

- ¿Cómo es el estado nutricional?
- ¿Cuántas comidas diarias realizan?
- ¿Qué alimentos consumen en las colaciones?
- ¿Qué métodos utilizan para perder peso?
- ¿Quién les recomienda perder peso?
- ¿Con cuánta frecuencia controlan su peso?
- ¿Cómo es la percepción de su imagen corporal?
- ¿Qué imagen corporal desean tener?
- ¿Cómo es su relación con la comida y qué actitudes adoptan hacia ella?
- ¿Cuáles son los motivos que los llevan a practicar running?
- ¿Cuánto tiempo le dedican a practicar running?

1.3 Objetivo general:

Evaluar la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas de riesgo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires durante los meses de mayo a julio del 2015.

1.4 Objetivos específicos:

En los corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires durante de los meses de mayo a julio del 2015:

- Describir el estado nutricional mediante el IMC.
- Describir la cantidad de comidas diarias que realizan.
- Describir la realización de colaciones pre y post entrenamiento y qué alimentos consumen en las mismas.
- Describir la realización de dietas, métodos para perder peso y frecuencia con que se pesan.
- Evaluar quien es el responsable que le recomienda perder peso.
- Identificar síntomas, preocupaciones y actitudes frente a la comida.
- Evaluar los motivos por los cuales practica *running*, la frecuencia y el tiempo que dedican al mismo.
- Evaluar la distorsión de la imagen corporal comparando el IMC real con el auto percibido.
- Evaluar la valoración de la imagen corporal internalizada según IMC real e IMC deseado.

1.5 Viabilidad:

La investigación fue viable ya que se contó con los recursos necesarios para llevarla a cabo. No implicó gastos económicos. Se contó con acceso a la población en estudio que fueron corredores de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano. Los encuestados respondieron bajo su voluntad firmando un consentimiento. Las encuestas se realizaron en sitios como plazas y gimnasios, donde se llevaban a cabo los entrenamientos. Se les otorgó la encuesta para que la respondieran una vez finalizado el entrenamiento.

II. Marco teórico

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Estado Nutricional

El estado nutricional es el resultado entre el aporte nutricional que recibe un individuo a través de la alimentación y las demandas nutritivas necesarias para cubrir las necesidades, mantener las reservas y compensar las pérdidas (Onzari M, 2014).

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros: kg/m^2 (OMS, 1980).

Tabla de valores del IMC	
Clasificación de la OMS	IMC
Bajo peso	Menos de 18.5
Peso normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad tipo I	30.0 – 34.9
Obesidad tipo II	35.0 – 39.9
Obesidad tipo III	Más de 40

Tabla 1. Valoración IMC (OMS, 1980)

Cuando no es posible medir el peso y la talla, otra opción es el peso auto referido. El mismo mide la cantidad de masa corporal que reporta el individuo (Castro R, 2014).

La talla autoreferida es la altura que reporta la persona desde los pies a la cabeza (Academia real española, 2001; Castro R, 2014).

2.1.2 Hábitos alimentarios restrictivos

Los hábitos alimentarios restrictivos son conductas en las cuales se busca aportar menos calorías de las que necesita el individuo para mantener su peso, se debe generar un balance

energético negativo entre el gasto energético de la persona y su consumo de calorías. Este hábito se encuentra en estrecha relación con la cantidad de comidas diarias realizadas y las colaciones. (Concha E, 2000).

Cuando se habla de cantidad de comidas diarias, se refiere a un conjunto de sustancias alimenticias que se ingieren a lo largo de un día (Academia Real española, 2001).

Mientras que la realización de colación pre/post entrenamiento consiste en una comida ligera que se ingiere antes/después de entrenar (Bourges H, 2008).

Cuando se refiere a realización de dieta para perder peso, significa restringir la ingesta de alimentos para descender de peso (Díaz Dosil J, 2001).

Los métodos más encontrados para perder peso son: controlar calorías, comer menos cantidad, entrenar más, utilizar laxantes o diuréticos, ayunar, utilizar ropas de plástico, inducir el vómito, utilizar píldoras para adelgazar y utilizar el sauna (Díaz Dosil J, 2001).

Dentro de la influencia para perder peso se encuentran: los padres, amigos, la misma persona, compañeros de entrenamiento, medios de comunicación, la pareja y el entrenador (Díaz Dosil J, 2001).

2.1.2.1 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones graves en la alimentación. Los más frecuentes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (DSM IV, 2002).

Los trastornos alimentarios hacen referencia al conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados con una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal (Marquez S, 2008).

Los TCA afectan a deportistas centrados en obtener una mejora en el rendimiento deportivo, así como a aquellos que identifican a la evaluación estética como una medida de aprobación social, por lo que ambos podrían verse influenciados por los parámetros de composición corporal. Es por ello, que cada vez parece haber una preocupación mayor sobre los TCA dentro de la población de deportistas (Martinez Rodriguez A, 2015).

2.1.2.2 Deportes en relación a TCA

Hay cuatro clases de deportes en los cuales tienden a desarrollarse trastornos de la conducta alimentaria.

En primer lugar están los deportes que establecen categorías por peso como el boxeo, judo, karate y taekwondo. Hay una elevada tendencia a adelgazar, a realizar restricción alimentaria y conductas de purga. En estos deportes muchos atletas, realizan reducciones drásticas de peso mediante la ingestión de diuréticos o sometiéndose a saunas para lograr competir en una categoría inferior (Marquez S, 2008).

En segundo lugar están los deportes en los que un bajo peso resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos, como la gimnasia, o para la mejora del rendimiento en la competición, como el remo y la hípica inferior (Marquez S, 2008).

La tercer categoría corresponde a los deportes que tienen un fuerte componente estético, donde la delgadez y la buena presencia son factores importantes para poder ganar y tener éxito, un claro ejemplo son la gimnasia rítmica y el patinaje artístico inferior (Marquez S, 2008).

Por otro lado están los deportes de resistencia como carreras de medio fondo, fondo y maratón, ciclismo. En estos deportes se exige una gran resistencia física y un cuerpo delgado para rendir al máximo (Marquez S, 2008; Alonso J, 2006).

2.1.2.3 Conductas restrictivas

Las estrategias adoptadas para contener el peso dentro de los márgenes percibidos como aceptables suelen basarse en la omisión de comidas, la selección y la restricción. La primera conducta consiste en saltarse ingestas, lo más frecuente es dejar de desayunar y/o merendar, en algunos casos se prescinde del almuerzo o la cena. En la selección se reemplazan productos calóricos por su versión light. En la restricción se reducen o eliminan consumos diarios (Espeitx E, 2006).

El iniciar un régimen adelgazante o pensar la propia alimentación en función del control del peso va unido, a menudo, en un incremento de la actividad física porque se percibe como

una medida complementaria ya que el ejercicio permite modelar el cuerpo de una forma que no se consigue simplemente adelgazando (Espeitx E, 2006).

Una pérdida inicial de peso por reducción de la ingesta, se traduce en una mayor ligereza y agilidad, por lo cual la realización de ejercicio físico se hace más fácil y placentera. La suma de actividad física intensa y la reducción drástica de la ingesta permite una pérdida de peso más rápida y contribuye a que el círculo del trastorno se precipite (Espeitx E, 2006).

El deportista con TCA es un miembro de una población especial al que pueden haber contribuido diversos factores, tales como la naturaleza de la disciplina deportiva, los reglamentos deportivos, la frecuencia de los entrenamientos, la carga de entrenamiento, la restricción alimentaria, la subcultura ligada a la disciplina deportiva, las lesiones, el sobreentrenamiento o el comportamiento del entrenador. A diferencia de los no deportistas con las mismas lesiones, el deportista que las tiene o está predispuesto a tenerlas, presentan ciertas dificultades que se complican por el entorno deportivo en el que se desenvuelve, que puede sobre enfatizar la ejecución, así como demandar un cuerpo con forma o pesos ideales. Este ideal a menudo implica la pérdida de peso o grasa corporal, lo que puede precipitar el trastorno alimentario en un deportista predispuesto a padecerlo, o incluso exacerbar uno ya existente (Marquez S, 2008).

2.1.2.4 Factores de riesgo para el desarrollo de un TCA en el deporte

- Insatisfacción corporal: debido a las presiones en cuanto a la alimentación y/o al peso por motivos de rendimiento deportivo. Algunos deportistas relacionan de forma errónea delgadez con rendimiento, especialmente en los deportes de resistencia como el running donde cualquier exceso de peso se considera como una “carga” que hay que llevar. También la existencia de un “canon” estético para ciertas modalidades deportivas en la que los deportistas obedecen a un cierto estereotipo (Alfonseca J, 2006).

- La especialización cada vez más precoz: la especialización en disciplinas deportivas desde edades muy tempranas genera una presión que va aumentando con la edad y puede llegar a producir un alto grado de insatisfacción corporal (Alfonseca J, 2006).

- Existencia de deportes y modalidades de riesgo: como se mencionó anteriormente hay cuatro tipos de disciplinas deportivas en las que el peso juega un papel importante por

diferentes motivos. El peso está inexorablemente unido a la alimentación. En el caso del *running* en donde se exige una gran resistencia física y un cuerpo delgado para rendir al máximo (Alfonseca J, 2006).

- El nivel de competición: cuanto más se aproxima a la elite, mayor es el riesgo. Sin embargo la prevalencia de TCA en niveles competitivos intermedios y/o básicos es más alta de lo que se había supuesto hasta ahora. Además la presencia de TCA en niveles intermedios impide que el deportista llegue al alto nivel de rendimiento (Alfonseca J, 2006).

- El aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias: en los deportistas que padecen anorexia atlética o por actividad podemos encontrar baja autoestima, una imagen corporal distorsionada en la que el cuerpo es percibido con exceso de peso, culpabilidad, ineficiencia, y perfeccionismo. Como mecanismo compensatorio se ejerce una manipulación sobre la comida. Los que aumentan su frecuencia de entrenamiento pueden experimentar una privación calórica debido a una disminución de la ingesta por cambios en los niveles de hormonas relacionadas con el apetito y la saciedad, tales como leptina y adiponectina. El exceso de entrenamiento que conduce a dicha pérdida puede generar un clima psicológico o biológico favorecedor de los desórdenes alimentarios (Marquez S, 2008).

- Utilización habitual de otros métodos poco saludables para la pérdida de peso: los métodos más utilizados son térmicos (saunas, vestimentas de plástico), toma de laxantes o diuréticos, vómitos provocados y auto inducidos, ayuno prolongado, retención de fluidos, píldoras adelgazantes, y ejercicio físico excesivo y/o extenuante. Hay tres métodos que se combinan para perder peso los cuales son comer menos, restringir la ingesta calórica y entrenar más (Alfonseca J, 2006).

- Acontecimientos traumáticos: algunos sucesos traumáticos como la pérdida del entrenador, lesión o enfermedad determina un cese brusco de la actividad deportiva y puede desencadenar en un TCA (Alfonseca J, 2006).

- Comentarios despectivos por alguien de su entorno deportivo: ciertos comentarios referentes a su peso o figura por parte de alguien de su entorno deportivo (entrenador o compañeros) pueden tener gran influencia en la aparición de un TCA (Alfonseca J, 2006).

Un número significativo de atletas manifiesta que su entrenador les ha aconsejado que pierdan peso. Los deportistas jóvenes son generalmente impresionables y tal recomendación puede ser percibida como un requerimiento para la mejora en el entrenamiento (Marquez S, 2008).

- Personalidad del deportista: La vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios en deportistas puede verse incrementada por sus propias características psicológicas. En sujetos con patologías alimentarias son frecuentes los rasgos disfuncionales de personalidad (Marquez S, 2008).

Ciertos rasgos “ventajosos” para un buen rendimiento deportivo pueden ser el perfeccionismo, la compulsión, la auto- motivación y las altas expectativas, idénticos a los presentes en individuos con TCA (Marquez S, 2008).

- El entorno del deportista: El contexto en el cual se involucra el deportista es crucial. El entorno familiar (padres que influyen negativamente en aspectos como la alimentación y el peso); el entorno deportivo (entrenadores, compañeros con influencias similares a las familiares); el entorno del propio que otras para el desarrollo de estas patologías. Las características del deporte y los períodos competitivos son dos elementos primordiales para analizar la presión a la que se ve sometido el deportista dentro de su propio entorno deportivo (Alonso J, 2006).

La práctica de ciertos deportes y/o modalidades deportivas es considerada como una profesión de riesgo ya que los mismos exigen estar muy “delgados”. Si bien hay autores que niegan la evidencia de la relación entre deporte-TCA (Galilea 2000). La gran mayoría de los investigadores reconocen una mayor incidencia de los TCA en el mundo del deporte. Son tres los posibles mecanismos que pueden explicar la relación existente entre el deporte y los TCA:

- Relación de Atracción: algunos aspectos del deporte “atraen” a determinados individuos con TCA o con un alto riesgo de padecerlo, con el fin de ocultar o esconder su patología tras los estereotipos creados por la propia modalidad deportiva, consiguiendo además un método eficaz para seguir bajando de peso (Alfonseca J, 2006).

- Relación de Causa: hay dos modelos que deben ser mencionados. El primero es el de Anorexia por actividad donde el ejercicio físico conduce a suprimir el apetito, con lo cual disminuye la ingesta y el peso, y aumenta el valor del ejercicio y la motivación para realizarlo. El segundo modelo es la presión a la que están sometidos algunos deportistas para perder peso, debiendo seguir dietas muy restrictivas y métodos patógenos para controlar el peso (Alfonseca J, 2006).
- Relación de Precipitación: la práctica deportiva podría ser el desencadenante en individuos predispuesto por factores individuales, familiares, socioculturales, ambientales que disparara y desarrollara un TCA (Alfonseca J, 2006).

Existen estudios en los que se evidencia que determinadas actitudes y conductas son comunes entre corredores compulsivos y pacientes con TCA. La asociación entre el aumento de la actividad física y el descenso de la ingesta de alimentos genera una relación neurofisiológica (endorfinas) entre la actividad física y la ingesta alimenticia (Alfonseca J, 2006).

2.1.2.5 Métodos de Screening para evaluar hábitos alimentarios en deportistas

- SCOFF es una guía práctica para médicos que trabajan con deportistas de alto rendimiento, fue creada por Morgan, Reed y Lacey en 1993. La entrevista consta de 5 preguntas mediante las que se pretende detectar malestar tras haber ingerido comida, la falta de control sobre la alimentación, la pérdida de peso en un breve período de tiempo, la sensación de estar gordo a pesar de que otros opinen lo contrario y la creencia de que la alimentación domina la vida (Dosil J, Díaz I, 2012).

Sin embargo no se encontraron numerosas investigaciones sobre hábitos alimentarios en deportistas en las cuales se haya utilizado el SCOFF, por lo tanto no se incluye en esta investigación.

- CAD es un cuestionario de alimentación y deporte creado por Dosil y Díaz en el año 2002 que consta de 8 preguntas en las que se evalúa tanto la práctica deportiva en sí misma (horas, intensidad del ejercicio, motivos de práctica del deporte) como el peso real, ideal y percibido del atleta, la frecuencia en el control del peso, los métodos para la pérdida de peso, la influencia para desear esa pérdida (Dosil J, Díaz I, 2012).

En esta investigación se tomaron algunas preguntas adaptadas del CAD como guía para obtener información acerca del control que realizan los corredores sobre su peso y como manipulan el mismo.

- EDI (Eating Disorder Inventory) creado por Garner y Olmsted en 1979, este método consta de 64 ítems con seis opciones de respuesta. Es un cuestionario de evaluación multidimensional de las características más relevantes de la anorexia y la bulimia nerviosas. Los factores de los que consta son: Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez, como escalas referidas a lo psicológico. Se añadieron tres factores más en la versión EDI- 2 (Garner, 1991), que constan de 27 ítems más agrupados en tres escalas que valoran ascetismo, impulsividad e inseguridad social (Dosil J, Díaz I, 2012).

En el manual de validación aparece un estudio sobre su utilización con deportistas, pero se mencionan dificultades que aparecen en la población deportista ya que existen características en estos que hacen que sus respuestas no se ajusten a las planteadas para ser respondidas por la población clínica o general, debido a las particularidades del deporte o de los propios deportistas. A pesar de ser uno de los cuestionarios más utilizados, resulta demasiado extenso y de difícil aplicación en el grupo, por lo tanto se decide no incluirlo en esta investigación.

- BITE (Bulimic Investigatory Test Edimburg) creado por Henderson y Freeman en 1987. Es un cuestionario de evaluación de conductas de tipo bulímico (Dosil J, Díaz I, 2012).

No lo tenemos en cuenta en esta investigación ya que el objetivo no es evaluar conductas bulímicas en los corredores de calle.

- EAT (Eating Attitudes Test) creado por Garner y Garfinkel en 1979, es utilizado en el 18,6 % de las investigaciones. El EAT 40 consta de 40 ítems con 5 opciones de respuesta. Los factores de los que consta son factor 1: realización de dietas, con este factor se la valora la puesta en marcha de dietas de adelgazamiento y la preocupación por la delgadez; factor 2: mide síntomas bulímicos y de preocupación por la comida; y factor 3: mide el control de la alimentación valorando el autocontrol de la alimentación y la percepción de la presión que ejercen los demás para perder peso (Dosil J, Díaz I, 2012).

Fue utilizado en una investigación sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria en la cual el objetivo era evaluar la asociación de la edad y el peso corporal con la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y los síntomas de trastorno de la conducta alimentaria entre mujeres adolescentes, jóvenes y adultas (Alvarez Rayón et al, 2009).

En el año 1982 se inventó una versión corta conocida como EAT 26 en la cual se suprimieron 14 ítems por considerarse redundantes. Posee altos índices de confiabilidad y validez para determinar riesgo de desórdenes alimentarios. Los puntajes iguales o mayores a 20 son considerados como actitudes o conductas alimentarias de riesgo (Leonor Corada L, 2007).

En esta investigación se utilizó el EAT 26 ya que posee altos índices de confiabilidad y validez para determinar riesgo de desórdenes alimentarios en colegios, universidades y otros grupos especiales como deportistas (Leonor Corada L, 2007).

-CHAD (Cuestionario de hábitos alimentarios en deportistas) es un método de screening creado por Díaz y Dosil en 2012 el cual consta de 30 ítems. Se agrupan en 4 factores que evalúan: miedo a engordar; práctica de ejercicio como método de pérdida de peso; influencias de otros significativos especialmente entrenador y compañeros de equipo; preocupación por el peso y la autoimagen acerca del peso y la figura (Dosil J, Díaz I, 2012).

Este cuestionario no fue tenido en cuenta para la investigación ya que se utilizó en pocas investigaciones por ser muy reciente.

2.1.3 Imagen corporal

La imagen corporal es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. No está necesariamente correlacionado con la apariencia física real, sino las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo (Vaquero- Cristobal R et al, 2013).

La alteración de la imagen corporal se hace presente en aquellos sujetos que al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales patológica (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

El Trastorno de la imagen corporal (TIC) es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador para las relaciones sociales. La ansiedad social es un componente esencial del TIC y la evitación social en combinación con fracaso ocupacional puede llevar al aislamiento (Raich R, 2004).

La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Raich R, 2004).

La apariencia física es distinta a la imagen corporal. Personas con una apariencia física que se alejan de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse de esta manera. La apariencia física es la primer fuente de información en la interacción social (Salaberría K et al, 2007).

La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Raich R, 2004).

La imagen corporal se compone de tres variables:

- Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimaciones (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde), (Salaberría K et al, 2007).

- Aspectos cognitivos- afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc (Salaberría K et al, 2007).
- Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etcétera (Salaberría K et al, 2007).

La distorsión o alteración de la imagen corporal se hace presente en aquellos sujetos que al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales. Esta alteración acerca de la propia imagen es relativamente frecuente, pero depende del grado y repercusión en otras áreas de la vida para que adquiera una dimensión patológica (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

El trastorno de la imagen corporal genera una preocupación exagerada que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Raich R, 2004).

Los criterios de diagnóstico son:

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo: insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa (Raich R, 2004).

Dentro de las alteraciones de la imagen corporal se pueden distinguir dos tipos:

1. Alteraciones perceptivas: técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal. Para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión (Raich R, 2004).
2. Alteraciones de aspectos subjetivos: técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen (Raich R, 2004).

Los individuos con trastorno de la imagen devalúan su apariencia intensamente, imaginan que otras personas se fijan y se interesan por su defecto, ponen. Organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal, pueden estar varias horas al día comprobando su defecto ante el espejo, mientras otros evitan mirarse al espejo. Realizan maniobras de camuflaje tapándose con ropas holgadas o con flequillo, evitan situaciones sociales en las que creen que se fijarán en su defecto. Tienen pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia (Raich R, 2004).

2.1.4 Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria

A lo largo de las últimas décadas, la percepción de la imagen corporal se ha revelado como uno de los factores que más inciden y condicionan las elecciones alimentarias. En la mayoría de los casos las dietas traen como consecuencia una ingesta energética diaria menor de las cantidades recomendadas y saludables (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

En los trastornos de alimentación aparece insatisfacción de la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y caderas. Los pensamientos están centrados en la delgadez y los individuos realizan ciertas conductas perjudiciales como la realización de dietas sin control de un profesional, el uso de laxantes y purgantes y el ejercicio físico excesivo. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad (Salaberría K et al, 2007).

A través de la abstinencia o de la selección alimentaria, con la ayuda o sin ella de otros factores como el ejercicio físico, se han llegado a generalizar entre el conjunto de la población una serie de mecanismos individuales dirigidos a adecuar la imagen corporal a unos criterios estéticos predeterminados y orientados hacia la delgadez (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

2.1.5 Imagen corporal y actividad física

Hay dos posturas sobre la influencia que tiene el ejercicio físico en la imagen corporal. Una de ellas establece que la práctica de actividad física se relaciona con una imagen corporal positiva. Se ha encontrado que las personas más activas tienen una actitud más positiva hacia su propio cuerpo que los sujetos sedentarios. El estado de salud, la imagen corporal percibida y la autoestima se relacionan significativa y positivamente ya que la actividad física es un medio para mejorar la salud del sujeto y prevenir la obesidad, y además tiene un efecto positivo sobre el aspecto físico. Se ha llegado a la conclusión que la práctica de ejercicio físico es un medio protector para la salud en el que se explora el placer corporal, la diversión y el goce (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

Otra postura apunta a que el ejercicio tiene un efecto negativo sobre la imagen corporal en base a la relación existente entre la influencia de la práctica y el rendimiento deportivo, la percepción corporal del sujeto y la posibilidad de sufrir TCA. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de TCA en deportistas se encuentra la influencia socio- cultural de la delgadez, la ansiedad del rendimiento deportivo y la auto evaluación de los éxitos o fracasos deportivos; si estos factores conducen a una excesiva preocupación por el tamaño y la forma del cuerpo, hay una mayor probabilidad de que aparezca un TCA (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

La incidencia es mayor en mujeres jóvenes, manifestándose con frecuencia una baja autoestima, una imagen corporal distorsionada en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso, ineficiencia, perfeccionismo y un sentimiento de pérdida de control, con un mecanismo compensatorio ejercido a través de la manipulación de la comida y la utilización

de métodos inadecuados de control de peso, lo que junto con los intentos de perder peso, muchas veces por recomendación del entrenador, los incrementos del volumen de entrenamiento, rasgos de la personalidad que llevan a preocupación excesiva por la imagen corporal, o lesiones y traumatismos, pueden desembocar en un TCA (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

Estos TCA pueden provocar irregularidades del ciclo menstrual, reducción de la densidad mineral ósea y osteoporosis, dando lugar a la triada de la atleta femenina (Vaquero- Cristóbal R et al, 2013).

2.1.6 Evaluación de la imagen corporal

En esta investigación para valorar la percepción de la imagen corporal se usa una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collins (1991). En el mismo se muestran 9 figuras masculinas y otras tantas femeninas que van siendo progresivamente más robustas. Cada silueta tiene asignado su IMC correspondiente, de manera que la más delgada equivaldría a un IMC de 17 kg/m² y la más obesa, a 33 kg/m² (Marrodán M et al, 2008).

Cada participante selecciona en primer lugar la figura que, en su opinión, se corresponde con su silueta. En segundo término, aquella otra que desearía tener.

Comparando los valores de IMC percibido y deseado, con los del real obtenido por antropometría, se obtiene un patrón de conformidad o disconformidad del individuo con su figura y un análisis del realismo del sujeto a la hora de valorar su estado físico (Marrodán M et al, 2008).

Para el mejor tratamiento de la información recopilada, los sujetos son agrupados en 5 categorías establecidas en función de la diferencia entre el IMC real y el percibido. Los rangos se establecen de forma que la diferencia entre ambos valores abarcase más de dos posiciones, ya que en algunos casos resulta difícil distinguir claramente entre dos siluetas contiguas (Marrodán M et al, 2008).

Categoría 1: diferencia entre IMC real y percibido < -4

Categoría 2: diferencia entre IMC real y percibido entre -4 y -2

Categoría 3: diferencia entre IMC real y percibido entre -2 y 2

Categoría 4: diferencia entre IMC real y percibido $<$ entre 2 y 4

Categoría 5: diferencia entre IMC real y percibido $>$ de 4

Los valores negativos corresponden a individuos que poseen un IMC real menor que el IMC percibido, es decir, que se ven más gruesos de lo que realmente son. Por el contrario, los valores positivos pertenecen a individuos que se ven más delgados de lo que están. Aquellos individuos que se encuentren en la categoría 3, son los que se perciben prácticamente tal como son, es decir el valor del IMC correspondiente a la figura elegida es similar al IMC real obtenido por antropometría (Marrodán M et al, 2008).

La misma categorización se realiza en el análisis de la relación entre el IMC real y el IMC deseado. Los valores negativos son indicativos de que el individuo desea estar más robusto de lo que está. Por el contrario los valores positivos pertenecen a individuos que desearían estar más delgados de lo que están. También aquí los sujetos ubicados en la categoría intermedia (categoría 3) son aquellos en los que coincide la figura que desean con la que realmente poseen, con lo que se deduce que son los más satisfechos con su propia imagen (Marrodán M et al, 2008).

Categoría 1: diferencia entre IMC real y deseado $<$ -4

Categoría 2: diferencia entre IMC real y deseado entre -4 y -2

Categoría 3: diferencia entre IMC real y deseado entre -2 y 2

Categoría 4: diferencia entre IMC real y deseado $<$ entre 2 y 4

Categoría 5: diferencia entre IMC real y deseado $>$ de 4

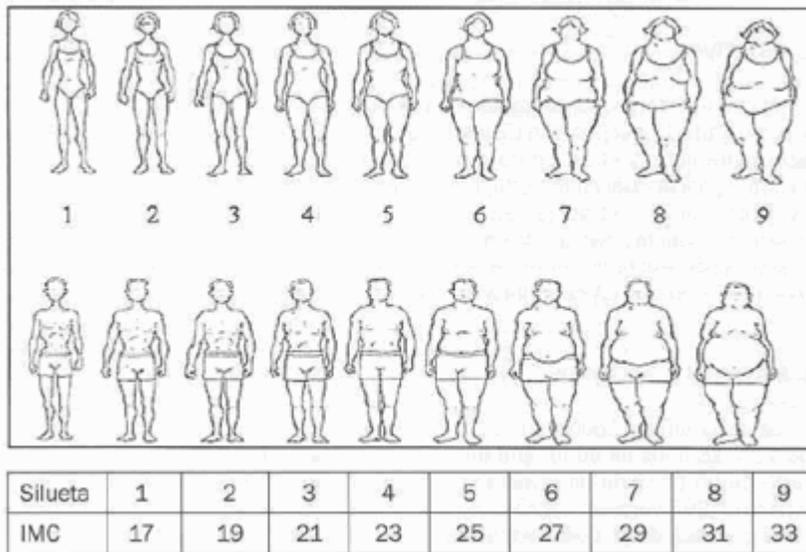


Figura 1. Análisis de la percepción corporal
(Método adaptado de Stunkard y Stellard 1990)

2.1.7 Hábito de *Running*

El *running* es una actividad que consiste en desplazarse rápidamente con pasos largos y de manera que se levanta un pie del suelo antes de haber apoyado el otro (Academia Real española, 2001).

Dentro de los motivos por los cuales se practica el deporte se encuentran: por hacer ejercicio físico, por salud, por diversión, por mantener cierta imagen, por diversión, por gusto al deporte, para evadirse de la rutina, encontrarse con amigos y competir (Dosil J, Díaz O, 2002).

En la ciudad de Buenos Aires hay programas de la Subsecretaría de Deporte destinados al *running*. Los corredores de la ciudad tienen un espacio gratuito donde desarrollar la actividad. Hay más de diez espacios verdes que se destinan al entrenamiento. En las clases, los profesores guían a los participantes en entradas en calor, elongación, ejercicios de acondicionamiento físico general (abdominales, espinales, correctivos de postura, trabajos de fuerza de brazos y piernas con pesas y mancuernas) y entrenamiento específico.

Luego, se arman pequeños grupos para caminar, trotar o correr, de acuerdo al nivel de cada uno, teniendo en cuenta que la actividad puede ser realizada tanto por un corredor veterano como por aquellos que recién se inician.

2.2 Estado del arte

2.2.1 Imagen corporal y actividad física

En el año 2002, se realizó una investigación sobre Valoración de la conducta alimentaria y de control del peso en practicantes de Aerobic. Se observó que un 28,7 % indicó que no hay diferencias entre su peso ideal y su peso real mientras que el 68,1% de los sujetos indicó que su peso real es mayor que el ideal. Sólo el 2,2 % de los participantes indicó que su peso real es menor que el ideal (Dosil J, Díaz O; 2002).

En Argentina se realizó un trabajo de investigación con 270 mujeres deportistas, de 11 a 24 años, que practicaban la actividad con una frecuencia no menor a tres horas semanales. Fueron evaluadas mediante un cuestionario de preguntas cerradas y el Eating Disorders Inventory (EDI) adaptado, con el propósito de determinar síntomas de trastornos alimentarios y los factores que podrían predisponer a ellos. Los resultados fueron que el 31% estaban insatisfechas con su imagen corporal y un 21% tenía conductas perfeccionistas. (Bazan N, Dumont M, 2006).

En una investigación sobre imagen corporal, actividad física y factores de riesgo cuyo objetivo era analizar los factores de riesgo asociados a la percepción de la autoimagen en personas de mediana edad que practicaban caminata, se utilizó el Stunkard como instrumento. En los resultados se obtuvo que todos los grupos etarios tenían el deseo de reducir sus siluetas. El más significativo fue el género masculino de 40 a 49 años ya que el 82 % manifestó insatisfacción con su imagen corporal (Da Silva- Filho et al, 2008).

No sólo las mujeres son las que implementan conductas no saludables en la alimentación. Se realizó un estudio en 385 atletas universitarios masculinos de México. En el mismo se exploró la percepción del cuerpo y la presencia de indicadores de trastornos en la conducta alimentaria. Los hallazgos indican que el 15% reportaban indicadores de disturbios en la

conducta alimentaria y 9% informó dificultades con su imagen corporal (Toro Alfonso J et al, 2012).

En un estudio realizado por la Asociación Argentina de Psicología del Deporte se pudo determinar que el 3% de una población de 695 atletas cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y 21% para bulimia; los métodos de control de peso más comunes entre estos deportistas fueron ejercicio excesivo (58.8%), consumir menos de 600 kcal/día (23.5%), ayunos de más de 24 hs (11.9%), vómitos auto inducidos (5.6%), uso de laxantes (3.7%), diuréticos (3.2%), enemas (1.4%); y el 74% de una muestra de gimnastas y 47% de corredores de larga distancia utilizaban técnicas patológicas de pérdida de peso (Giesenow C, 2012).

Dos años después, en una investigación acerca de hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizaban ejercicio físico, el 50 % de la población presentó preocupación por su aspecto físico, siendo el porcentaje mayor en mujeres (66% mujeres y 45% hombres). Además se comprobó que se veían condicionados por la valoración de terceras personas, tanto en una comparación física con ellos, como en la valoración de terceras personas a ellas (San Mauro Martín I et al, 2014).

La mayoría de las mujeres y un cuarto de los hombres con normopeso se percibían con sobrepeso. Más de la mitad de la población (55% de las mujeres y 63% de hombres) tienen un juicio valorativo distorsionado de su cuerpo respecto a los valores del IMC, observándose que los hombres subestimaban su peso y en las mujeres hay casos de subestimación y sobrestimación (San Mauro Martín I et al, 2014).

Las mujeres más insatisfechas con su figura son las que presentaban sobrepeso o bajo peso, y las más obsesionadas por adelgazar eran las que se encontraban en el límite superior del normopeso. En el grupo de los hombres, los que presentaban sobrepeso y obesidad eran los más insatisfechos y los más obsesionados por adelgazar (San Mauro Martín I et al, 2014).

2.2.2 Hábitos alimentarios restrictivos en deportistas

Se evaluaron los conocimientos generales de alimentación en un grupo de nadadores a través de un cuestionario de conocimiento Nutricional a través de 53 preguntas; también se utilizó un cuestionario de conocimientos y actitudes nutricionales propuesto por Zawila en 2003 que consta de 18 preguntas para evaluar el conocimiento sobre las necesidades nutricionales específicas de los deportistas (Ocaña M, 2009).

El mismo dio como resultado que la mayoría de los deportistas cumplían con la cena, el almuerzo y la merienda, pero no así con el desayuno (Ocaña M, 2009).

Con relación al conocimiento nutricional, los deportistas se consideraron en un 60 % bien informados sobre cómo debería ser su alimentación. La mayoría de los nadadores no recibían orientación en la alimentación de parte de un profesional. Las ingestas diarias no llegaban a 5 que son las recomendadas para este grupo de deportistas (Ocaña M, 2009).

Otro estudio que se realizó en ciclistas de la selección española de Mountain bike, se propuso conocer los hábitos alimentarios de los integrantes. Se utilizó un cuestionario específico para conocer los hábitos alimentarios teniendo en cuenta el tipo de alimentación, los “picoteos” entre horas, la ingesta de alimentos precocinados y las reposiciones alimentarias. En los resultados se pudo observar que el 76 % de los deportistas realizaban 3 comidas al día, el 20% realizaba 5 comidas al día y el 4 % realizaba 4 comidas al día. El 64 % de los deportistas “picoteaba” alimentos precocinados entre horas. En cuanto al tipo de alimentación, el 28 % realizaba una alimentación correcta y el 68 % debía mejorarla (Castillo Som A et al, 2010).

Cuatro años después San Mauro realizó una investigación sobre hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizaban ejercicio físico. Una de las cuestiones que se indagó fue la motivación. Un 31 % de la población menciona que practicaba ejercicio porque le gustaba, un 16 % porque es bueno para la salud y se siente bien, un 9 % para mantenerse en forma, un 1 % para salir de la rutina y un 3 % por otros motivos. Se encontró que los hombres dedicaban más tiempo de entrenamiento que las mujeres. El 66 % de la población presentó normopeso, un 27 % sobrepeso y un 2 % bajo peso (San Mauro I et al, 2014).

El 49 % respondió que “a veces” sienten que la comida controla su vida. Tanto hombres como mujeres (el 45% de ellos y el 66% de ellas) se preocupan por su aspecto físico y comprueban su imagen en el espejo con regularidad (San Mauro I et al, 2014).

Un cuarto de la muestra, 26% de los hombres y 24% de las mujeres, admite consumir con frecuencia algún alimento o bebida porque cree que lo ayuda a mantener o perder peso, o a ganar masa muscular. El 31% de los participantes afirmaron estar realizando o haber realizado algún tipo de régimen. Cuarenta y dos de ellos siguieron la dieta supervisados por un profesional: un 31% por un nutricionista, un 17% por un dietista, otro 17% por un endocrino, un 12% por otra especialidad médica y el resto por preparadores físicos, herbolarios o compañeros de trabajo. Cabe destacar, que el 23%, seguían un tratamiento sin supervisión de un profesional. Los tipos de régimen que predominaron entre los participantes fueron: régimen saludable, régimen hipocalórico, dieta hiperproteica, régimen bajo en grasas, dietas “de todo tipo” y régimen bajo en hidratos de carbono (San Mauro I et al, 2014).

Dosil y Díaz investigaron los métodos más utilizados para perder peso en el deporte. Su población de estudio fueron personas que practicaban aeróbic y los resultados fueron en primer lugar el control de calorías (54%), seguido de aumentar el tiempo de entrenamiento (Tabla 2).

Método para perder peso	Porcentaje
Control de calorías	54%
Entrenar más	20,7%
Comer menos cantidad	20,6%
Uso de laxantes/diuréticos	6,9%
Ayunar	5,7%
Usar ropas de plástico	1,1%
Inducir el vómito	1,1%
Utilizar el sauna	0%
Ingerir píldoras para adelgazar	0%
Otros	2,3%

Tabla 2. Métodos para perder peso (Dósil J y Díaz I , 2002)

También se indago sobre la frecuencia con la cual controlan su peso. La mitad de los sujetos que participaron en la investigación no suelen controlar su peso. Un 28,7% lo controla de forma mensual, un 20,7% de forma semanal y un 2,3% lo controla a diario (Dosil J, Díaz O; 2002).

2.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte

La mayoría de los deportistas reciben información nutricional de su entorno más cercano como son entrenadores, familiares, compañeros de entrenamiento, amigos y medios de comunicación. Y las recomendaciones que se sugieren no son siempre las adecuadas. En el año 2000, Dosil y Díaz realizó una encuesta para evaluar el grado de información nutricional que habían recibido los deportistas; en el caso del atletismo el 72,5 % no recibió información y 27,5 % recibió información el algún momento (Dosil J, Díaz O; 2000).

Anteriormente se mencionó que uno de los posibles factores de riesgo para el desarrollo de un TCA es la utilización de métodos poco saludables para perder peso. En el 2001, Dosil y Díaz realizaron un trabajo en el cual analizaron los métodos para perder peso. En los deportes de atletismo los resultados fueron dedicar más tiempo de entrenamiento (33%), comer menos (29,7%), restricción calórica (22%), ayuno (2%), uso de laxantes (2,2%), uso de ropa de plástico (2,2%), sauna (1,1%), retención de fluidos (1,1%), otros (2,2%), inducir el vómito y utilizar píldoras no obtuvieron resultados (Dosil J, Díaz O; 2001).

En estudios publicados por Sundgot y Gorden en 1994, se concluye que el 62 % de las mujeres deportistas profesionales experimentan algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, ocupando el primer puesto en el ranking las esquiadoras con un 33 %, seguidas de corredoras de fondo con un 32 % sobre el total (Alfonseca J, 2006).

Se observó un método típico de pérdida de peso, con un mayor porcentaje de uso, existiendo tres métodos: comer menos, restricción calórica y más tiempo de entrenamiento. Estos métodos no solo se utilizan en atletismo si no en varios deportes como: judo o lucha, gimnasia rítmica, aeróbic y culturismo (Alfonseca J, 2006).

Otro aspecto crucial para el análisis de las posibles relaciones entre los TCA y el deporte es el análisis del contexto. El entorno familiar (padres que influyen negativamente en aspectos como la alimentación y el peso), el entorno deportivo (entrenadores, compañeros con influencias), el entorno del propio deporte que hace que determinadas modalidades sean más susceptibles que otras para el desarrollo de un TCA (Alfonseca J, 2006).

Se evaluó la influencia del contexto que rodea al deportista. Se les indagó a los deportistas cuál era la persona, entidad o instancia que habían tenido una mayor influencia para implementar conductas de pérdida de peso. En el caso del atletismo, los resultados fueron los siguientes: la propia persona (27,5%), entrenador (15,4%), nadie (58,2%), compañeros (6,6%), medios de comunicación (6,6%), familia (3,3%) y pareja (0%) (Alfonseca J, 2006).

Un año después, en un estudio realizado en 58 practicantes de Karate de la universidad de Colombia, se examinaron 21 mujeres y 37 hombres. Para realizar este trabajo se utilizó una Encuesta sobre Conducta Alimentaria (ECA). Es un cuestionario elaborado por uno de los investigadores de este trabajo que incluye diferentes aspectos como: actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimentarios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos (Vasquez R et al, 2007).

Se demostró la existencia de TCA en el 27.6%, discriminados en: 20.6% con TCA no especificado (NOES), 5.1% Bulimia Nerviosa (BN) y 1.7% Anorexia Nerviosa (AN). Se hallaron puntajes positivos para ansiedad en el 17% y se hizo diagnóstico de síndrome depresivo en el 29.1%, encontrando una asociación significativa con TCA. Además se observó asociación significativa entre TCA y sobrepeso, realización de dietas, insatisfacción con la imagen corporal, antecedentes familiares de obesidad y ser estudiante de Ciencias de la Salud (Vasquez R et al, 2007).

El EAT 26 también fue utilizado en otros estudios. Una de las investigaciones buscaba comparar la insatisfacción con la imagen corporal y hábitos alimentarios inadecuados en nadadores. El resultado de esta investigación concluyó que tanto la insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria son similares entre los diferentes niveles económicos y de competencia de los nadadores (Sousa Fortes L et al, 2012).

En el año 2015, se realizó un estudio sobre efectos de la dieta y la práctica de deportes aeróbicos en los trastornos del comportamiento alimentario. En esta investigación también se utilizó el EAT 26 para conocer la posible presencia de un TCA. El objetivo fue determinar las diferencias existentes de presencia de desórdenes alimentarios, adherencia a dieta baja en grasa y actividad física entre dos grupos de deportistas en función de la práctica de deportes aeróbicos o anaeróbicos (Martinez Rodriguez A, 2015).

Los resultados de este estudio, ponen de manifiesto que llevar a cabo prácticas deportivas de resistencia podría llegar a incidir en la presencia de algún TCA. Los deportes aeróbicos muestran ser más propensos a presentar TCA que los deportes anaeróbicos (Martinez Rodriguez A, 2015).

En esta investigación se decide utilizar el EAT 26 como método de screening ya que fue validado en varios estudios anteriores en los cuales se buscaba hallar conductas alimentarias de riesgo en distintas disciplinas deportivas.

III. Metodología

3.1 Enfoque

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo ya que se planteo un problema de estudio delimitado y concreto en una población concreta. Se revisó lo investigado anteriormente, se construyó un marco teórico y se sometió a prueba la hipótesis a través del trabajo de campo.

3.2 Alcance

El alcance fue descriptivo ya que se relataron distintas variables tales como estado nutricional, percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas alimentarias de riesgo en los corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires.

3.3 Diseño de investigación

Fue un estudio no experimental ya que no se manipularon intencionalmente las variables, se observaron en su contexto para luego analizarlas. Se analizaron y describieron los hábitos alimentarios y la percepción de la imagen corporal, no se intentaron realizar modificaciones sobre los mismos.

La secuencia temporal fue transversal ya que se evaluó en un determinado tiempo, de mayo a julio del año 2015, no se realizó un seguimiento de la población.

Fue prospectivo ya que las variables se midieron desde el momento que se inició hasta que finalizó la investigación. Es decir, el estado nutricional, percepción actual de la imagen corporal, hábitos alimentarios restrictivos y conductas alimentarias de riesgo.

3.4 Población y Muestra

La población fueron 80 corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, de 18 a 65 años de edad y de ambos sexos, que entrenaban y participaban en competencias desde el mes de mayo a julio del año 2015.

La unidad de análisis fue cada corredor de calle que fue encuestado. Los mismos residían en la ciudad de Buenos Aires o el conurbano.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Corredores que residían y/o entrenaban en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano.
- Corredores no profesionales.
- Corredores que participaban en competencias de carreras de calle.
- Corredores que estuvieran presentes en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Deportistas de alto rendimiento.
- Corredores que practicaban triatlón.
- Corredores que presentaban patologías crónicas.
- Corredores que tuviesen menos de tres meses de entrenamiento.
- Corredores que compitieran en carreras inferiores a 5 km.
- Corredores que manifestaron tener diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosa.

La muestra se conformó por 80 corredores de calle no profesionales de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano. La muestra fue no probabilística ya que la selección la realizó el investigador de acuerdo al acceso voluntario de los participantes en la investigación. El tipo de muestreo fue por conveniencia ya que se buscó tener acceso a la población en el momento posterior al entrenamiento que realizaban tanto los días de semana como los fines de semana en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

3.5 Recolección de datos

Se diseñó un cuestionario estructurado de 15 preguntas en el cual se indagó el peso auto referido y la talla auto referida para valorar el IMC y evaluar el estado nutricional. También se indagaron características socio demográficas como el sexo, edad y el nivel de educación alcanzado.

Para obtener información acerca de los hábitos alimentarios se tomaron como referencia algunas preguntas del Cuestionario de Alimentación y deporte (CAD) creado por Dosil y Díaz en el 2002, las respuestas fueron adaptadas por el investigador. Se indagó sobre la cantidad de comidas diarias que realizaban; la realización de colaciones y los alimentos que consumían en las mismas; la realización de dietas para perder peso, los métodos que utilizaban y los responsables que le sugirieron implementar esta conducta; se les indagó con cuánta frecuencia controlaban su peso; el motivo por el cual practicaban deporte, con qué frecuencia y cuántas horas por día le dedicaban al mismo.

Para evaluar la percepción de la imagen corporal se utilizó el SFS (Stándar Figural Stimuli), diseñada por Stunkard y Stellard en el año 1990, revisado por Collins en 1991. Es una escala formada por nueve figuras humanas de hombres y mujeres provistas de atributos como ropa, cabello y definición muscular. Las figuras van siendo progresivamente más robustas. Cada silueta tiene asignado su IMC correspondiente, la más delgada equivale a un IMC de 17 kg/m², y la más obesa equivale a un IMC de 33 kg/m².

A cada figura se le asigna un número (de 1 a 9). Posteriormente se le solicita a los encuestados identificar su imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal. La DIC (distorsión de la imagen corporal) resulta de la diferencia entre el IMC real y el auto percibido. La insatisfacción de la imagen corporal (ICC) resulta de la diferencia entre el IMC real y el deseado.

Se establecen 5 categorías en función de la diferencia entre IMC real e IMC percibido:

- Categoría 1: diferencia entre IMC real y percibido < -4
- Categoría 2: diferencia entre IMC real y percibido entre -4 y -2
- Categoría 3: diferencia entre IMC real y percibido entre -2 y 2
- Categoría 4: diferencia entre IMC real y percibido entre 2 y 4

- Categoría 5: diferencia entre IMC real y percibido >4

Los valores negativos corresponden a individuos que poseen un IMC real menor que el percibido, es decir, que se ven más robustos de lo que realmente son. Por el contrario, los valores positivos pertenecen a individuos que se ven más delgados de lo que están. Aquellos individuos que se encuentren en la categoría 3 son los que se perciben prácticamente tal como son (Marrodán M et al, 2007).

La misma categorización se realizó en el análisis de la relación entre el IMC real y el deseado:

- Categoría 1: diferencia entre IMC real y deseado < -4
- Categoría 2: diferencia entre IMC real y deseado entre -4 y -2
- Categoría 3: diferencia entre IMC real y deseado entre -2 y 2
- Categoría 4: diferencia entre IMC real y deseado entre 2 y 4
- Categoría 5: diferencia entre IMC real y deseado >4

Los valores negativos son indicadores de que el individuo desea estar más robusto de lo que está. Por el contrario, los valores positivos pertenecen a individuos que desearían estar más delgados de lo que están. Aquellos sujetos ubicados en la categoría 3 son aquellos en los que coincide la figura que desean con la que realmente poseen, son los que más satisfechos están con su imagen corporal (Marrodán M et al, 2007).

Para evaluar las actitudes hacia la comida y conductas de riesgo de desarrollar un TCA se utilizó el EAT- 26 que es un método de screening. El mismo tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios. Este método fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979 y su primera versión consta de 40 reactivos, conocido como EAT 40. Posteriormente en 1982, se diseñó el EAT 26 que consta de 26 reactivos, se suprimieron 14 ítems por considerarse redundantes.

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría

siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios. Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (Corada Luis L, 2007).

3.6 Hipótesis

1. Los corredores de la ciudad de Buenos Aires presentan alteración en la percepción de su imagen corporal.

Clasificación: Hipótesis de investigación descriptiva univariada.

2. Los corredores de la ciudad de Buenos Aires presentan hábitos alimentarios restrictivos.

Clasificación: Hipótesis de investigación descriptiva univariada.

3. Los corredores de la ciudad de Buenos Aires presentan actitudes hacia la comida que corresponden a síntomas y preocupaciones características de los trastornos de alimentación.

Clasificación: Hipótesis de investigación descriptiva multivariada.

3.7 Operacionalización de variables

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Edad	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo (López J, Noriega C; 2012).	Edad (años)		Pública Policotómica Cuantitativa Discreta	Entrevista/ Encuesta
Sexo	Sexo	Conjunto de factores orgánicos que distinguen al hombre de la mujer (FAO, 2000)	Sexo	Femenino Masculino	Pública Dicotómica Cualitativa Nominal	Entrevista/ Encuesta
Educación	Educación	Es un proceso multidireccional en el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar (Real Academia Española, 2001)	Nivel de educación alcanzado	-Primario completo - Primario incompleto -Secundario completo -Secundario incompleto -Terciario completo -Terciario incompleto -Universitario completo -Universitario incompleto	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	Entrevista/ Encuesta
Estado Nutricional	Peso referido Talla referido	Es la cantidad de masa que reporta el individuo (Castro R, 2014). Altura que reporta una persona desde los pies a la cabeza (Academia Real española, 2001; Castro R, 2014).	IMC: p/t^2 (kg/m ²)	-<18,5 kg/m ² : Bajo peso -18,5 a 24,9 kg/m ² : Normopeso -24,9 a 29,9 kg/m ² : Sobrepeso ->30 kg/m ² : obeso	Privada Policotómica Cuantitativa Ordinal Intervalar Continua	Entrevista/ Encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Hábitos alimentarios restrictivos	Cantidad de comidas diarias	Conjunto de sustancias alimenticias a lo largo de un día (Academia Real Española, 2001)	Cantidad de comidas diarias realizadas	-Desayuno -Colación ½ mañana -Almuerzo -Colación ½ tarde -Cena	Privada Cualitativa Policotómica	Entrevista/ Encuesta
	Realización de colación pre y/o post entrenamiento	Comida ligera que se ingiere antes y/o o después de entrenar (Bourges H, 2008)	Realización de colación pre y/o post entrenamiento	SI NO NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa	
			Alimentos que consume en la colación	- Bebidas e infusiones con azúcar (gaseosas, aguas, infusiones) - Bebidas e infusiones sin azúcar (gaseosas, aguas, infusiones) -Frutas - Cereales y legumbres(de desayuno, barras de cereal) -Panificados y galletitas(tortas, pan, pastelería) -Leches -Yogur -Quesos - Azúcares, postres y golosinas -Grasas y comidas elaboradas -Carnes y huevos -Otros -NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa Nominal	

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Hábitos alimentarios resstrictivos	Realización de dieta para perder peso.	Restringir la ingesta de alimentos para descender de peso (Díaz Dosil J, 2002).	Realización de dieta para perder peso	SI NO A veces NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa	Entrevista/ Encuesta
			Método elegido para bajar de peso	-Ayuno -Comer menos -Ingerir comidas bajas en calorías -Entrenar más -Usar laxantes/diuréticos -Inducir el vómito -Otros -NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa	
			Responsable que recomienda bajar de peso	-Entrenador -Yo mismo -Amigos -Medios de comunicación -Padres -Pareja -Compañeros de entrenamiento -Otros -Nadie -NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa	
Hábitos alimentarios restrictivos	Control de peso	Cada cuánto tiempo controla su peso (Díaz Dosil J, 2002).	Frecuencia con que se pesa	A diario Semanal Mensual Nunca NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	Entrevista/ Encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Conducta alimentaria de riesgo	Actitudes hacia la comida	Identifica síntomas y preocupaciones características de los trastornos de alimentación (Garner et al, 1982).	<ul style="list-style-type: none"> -Miedo a tener sobrepeso. -Evita comer aunque tenga hambre. -Preocupación por comida -Manifestación de atracones y pérdida de control por la comida. -Corte de alimentos en trozos pequeños. -Conteo de calorías de los alimentos. -No ingerir comidas altas en hidratos. -Manifestación de vómitos luego de comer. - Sensación de culpa luego de comer. - Preocupación por estar más delgado. -Realización de ejercicio para quemar calorías. 	<ul style="list-style-type: none"> Siempre Casi siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> Privada Policotómica Cualitativa Ordinal 	Entrevista/ EAT 26 cuestionario de actitudes hacia la comida (Garner et al, 1982).

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Conducta alimentaria de riesgo	Actitudes hacia la comida	Identifica síntomas y preocupaciones características de los trastornos de alimentación (Garner et al, 1982).	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación de los demás por su delgadez. -Preocupación de tener grasa en el cuerpo. -Demora en el acto de comer. -Evitación de alimentos con azúcar. -Ingesta de alimentos dietéticos. -Sensación de control por la comida. -Obsesión por control de la ingesta. - Presión de los demás para que coma. -Pensamientos permanentes sobre la comida. -Sensación incomoda luego de comer dulces. -Compromiso a realizar dietas 	<ul style="list-style-type: none"> Siempre Casi siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca 	Privada Policotómica Cualitativa	Entrevista/ EAT 26 cuestionario de actitudes hacia la comida (Garner et al, 1982).

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Conducta alimentaria de riesgo	Actitudes hacia la comida	Identifica síntomas y preocupaciones características de los trastornos de alimentación (Garner et al, 1982).	-Placer por sentir estómago vacío. -Goce de comidas nuevas y apetitosas. -Impulso de vomitar luego de comer.	Siempre Casi siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	Entrevista/ EAT 26 cuestionario de actitudes hacia la comida (Garner et al, 1982).
Hábito de Running	Hábito de Running	Actividad de correr. Desplazarse rápidamente con pasos largos y de manera que levanta un pie del suelo antes de haber apoyado el otro (Academia Real Española, 2001).	Motivo por el cual lo practica	-Recreacional -Competencia -Entrenamiento -Mejorar imagen y aspecto físico -Perder peso -Mantener el peso -Beneficios que obtengo para la salud -Reto y superación personal -Otros -NS/NC	Privada Policotómica Cualitativa	Entrevista/ Encuesta
			Frecuencia semanal de entrenamiento	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábados Domingos	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
			Tiempo de realización	Horas/día	Privada Policotómica Cuantitativa	

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Percepción de la imagen corporal	Valoración de la percepción corporal (Stunkard y Stellard, 1990)	Detecta distorsión e insatisfacción con la propia figura. Son 9 figuras masculinas y 9 femeninas, la persona debe elegir con la que se sienta identificada y/o la que desearía tener (Stunkard y Stella, 1990).	Valoración de imagen corporal según sexo	1) <-4: IMC real menor al percibido 2) -4 a -2: IMC real menor al percibido 3) -2 a 2: IMC real igual al percibido 4) 2 a 4: IMC real mayor al percibido 5) >4: IMC real mayor al percibido	Privada Policotómica Intervalar Cuantitativa	Entrevista/ Test de percepción corporal (Stunkard y Stellard, 1990).
			Valoración de la imagen corporal internalizada	1) <-4: IMC real menor al deseado 2) -4 a -2: IMC real menor al deseado 3) -2 a 2: IMC real igual al deseado 4) 2 a 4: IMC real mayor al deseado 5) >4: IMC real mayor al deseado		

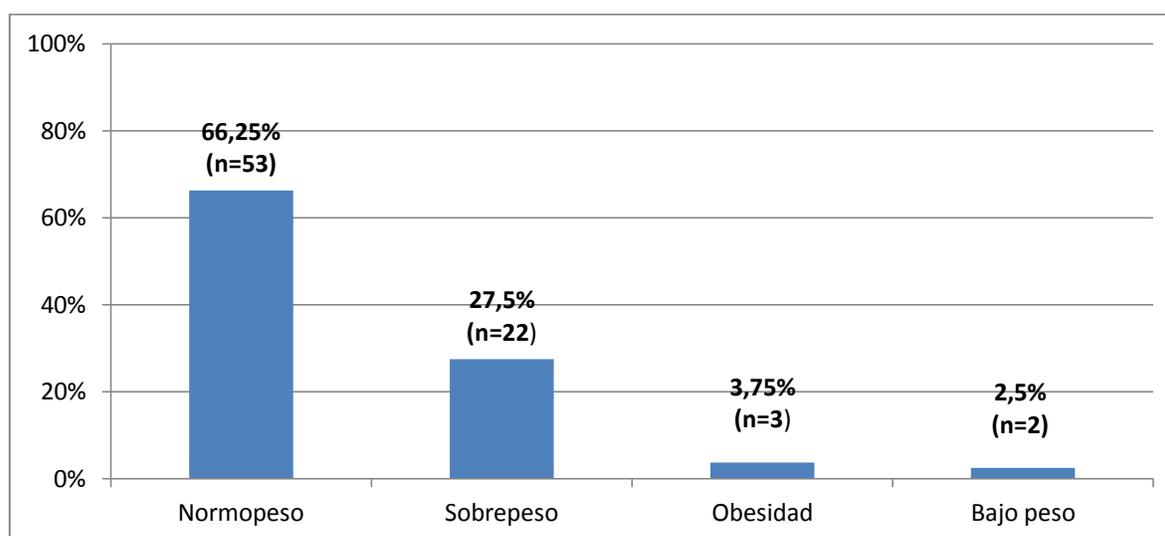
IV. Resultados

Se analizaron 80 encuestas que fueron respondidas por corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. La población se dividió en 41 hombres y 39 mujeres. El rango de edad fue de 18 a 65 años y se obtuvo como promedio de edad 34 años, $\pm 8,33$ años.

Estado Nutricional

Para evaluar el estado nutricional se utilizó el IMC. Como resultado se obtuvo que el 66,25% de los corredores presentaron normopeso (Gráfico n° 1). El promedio de IMC en ambos sexos fue de 24,09 kg/m² con una desviación estándar de $\pm 2,87$.

Gráfico n°1. Valoración del Estado Nutricional a través del IMC en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



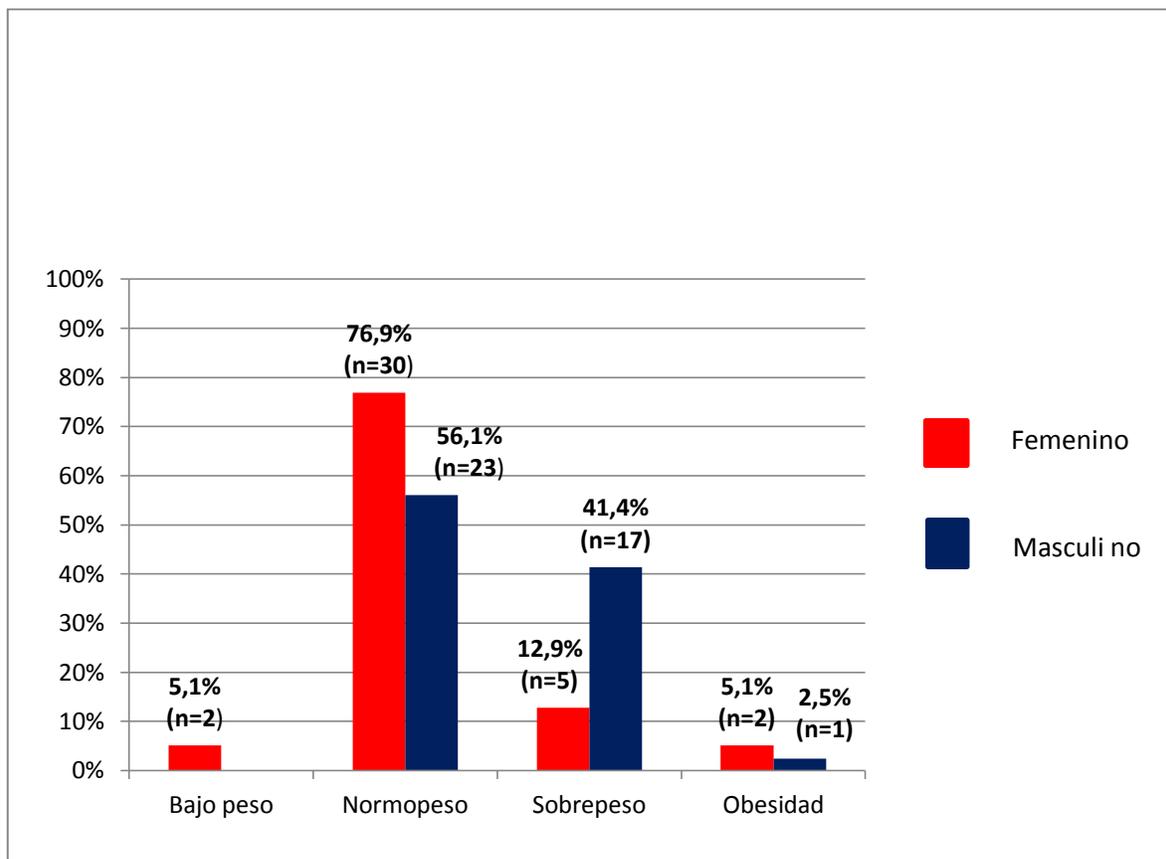
Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Clasificación: Bajo peso IMC <18, 5 Kg/m²; Normo peso IMC 18, 5- 24,9 Kg/m²;

Sobre peso IMC 25-29,9 Kg/m²; obesidad IMC >30 Kg/m².

Al dividir el IMC según sexo, se obtuvo que el 76,9% de las mujeres presentaban normopeso, mientras que en los hombres correspondía a un 56,1%. En los hombres predominó el sobrepeso con un 41,4% mientras que en las mujeres representó tan sólo un 12,9%. Sólo en las mujeres se obtuvo la categoría de bajo peso con un 5,1% (Gráfico n°2).

Gráfico n°2. Valoración del estado nutricional a través de IMC según sexo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo.

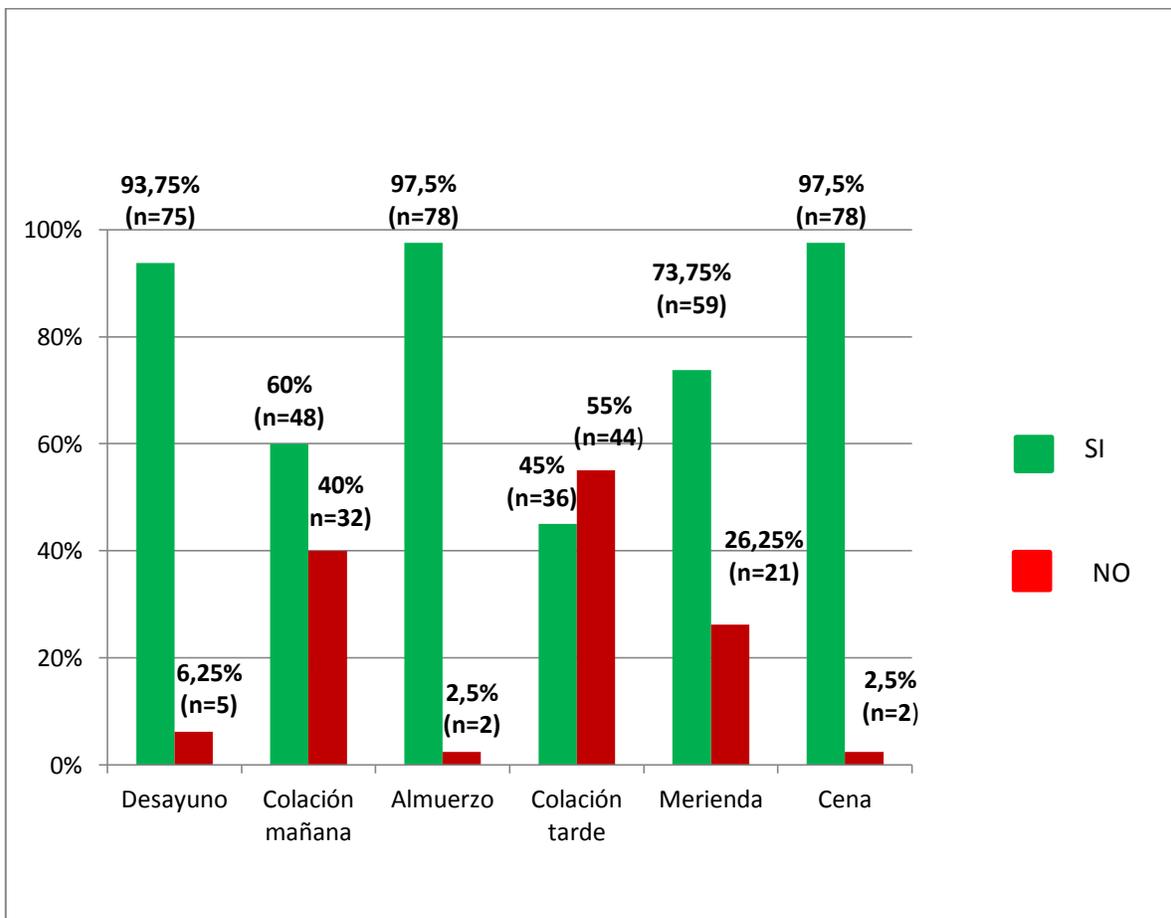
Clasificación: Bajo peso IMC <18, 5 Kg/m²; Normo peso IMC 18, 5- 24,9 Kg/m²;

Sobre peso IMC 25-29,9 Kg/m²; obesidad IMC >30 Kg/m².

Hábitos alimentarios restrictivos

Con respecto a la cantidad de comidas diarias realizadas, se observó que más del 90% de la población desayuna, almuerza y cena. El 60% realizó colaciones a media mañana y el 45% realizó colaciones a media tarde (Gráfico n°3).

Gráfico n°3. Cantidad de comidas diarias realizadas en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

El 61,25% de la población confirmó que realizó colaciones antes y/o después de entrenar, contra un 35% que negó realizar colaciones y un 3,75 % respondió con la opción NS/NC (Tabla n°3).

Tabla n°3. Realización de colación pre/post entrenamiento en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).

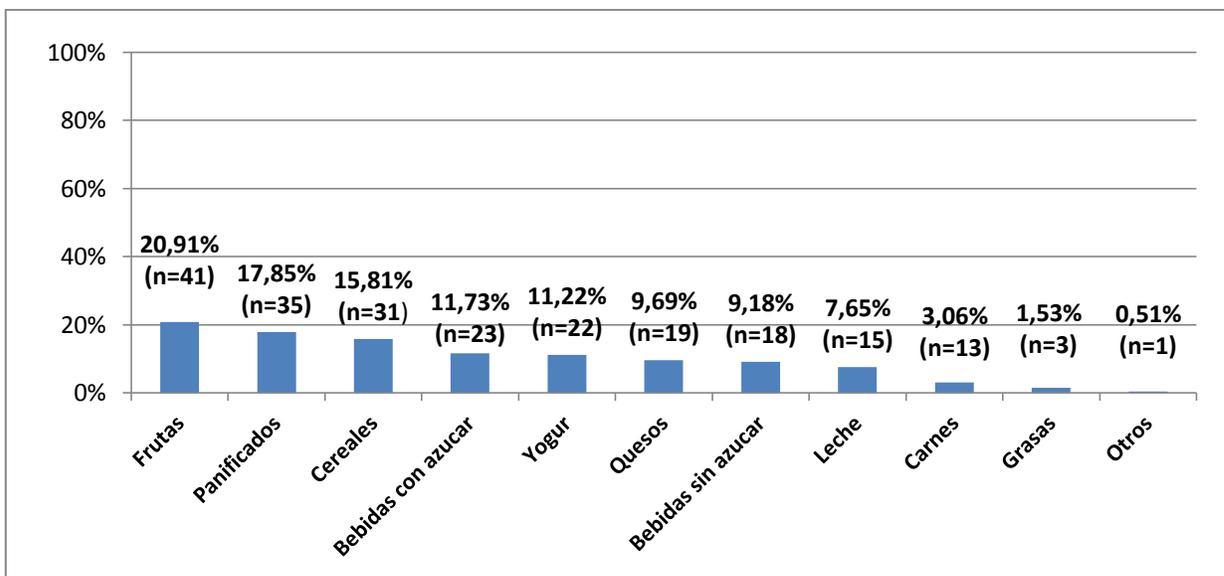
Categoría	N	Porcentaje
SI	49	61,25%
NO	28	35%
NS/NC	3	3,75%
Total	80	100%

Ref: elaboración propia a partir de los datos obtenidos del trabajo de campo.

Del total de los corredores, 64 contestaron afirmativamente que realizaban colaciones ya sea por la mañana, por la tarde o pre/post entrenamiento Algunos confirmaron realizar todas y otros sólo algunas de ellas. Los 16 restantes confirmaron no realizar colaciones en ningún momento del día.

Al evaluar el tipo de alimento consumido en las colaciones, algunos confirmaron realizar todas las opciones del cuestionario y otros algunas de ellas. Las opciones de respuesta fueron múltiples en la cual se podían elegir varios grupos de alimentos. El alimento más consumido como colación fueron las frutas (20,91 %) seguido de panificados (17,85 %) y cereales (15,81%) (Gráfico n°4). Trece participantes contestaron NS/NC dentro de los grupos de alimentos.

Gráfico n°4. Alimentos consumidos en las colaciones por corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=51).

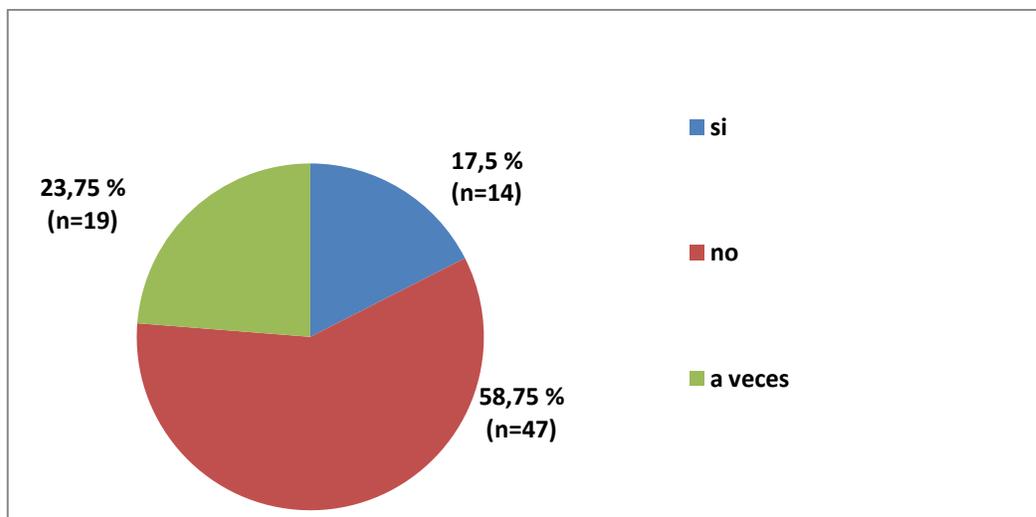


Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo.

Se excluyeron a 13 encuestados que respondieron NS/NC con respecto al grupo de alimentos consumidos en las colaciones.

Sólo el 17,5% afirmó que realiza dieta para perder peso, seguido del 23,75% que afirmó que a veces realiza dieta para perder peso (Gráfico n°5).

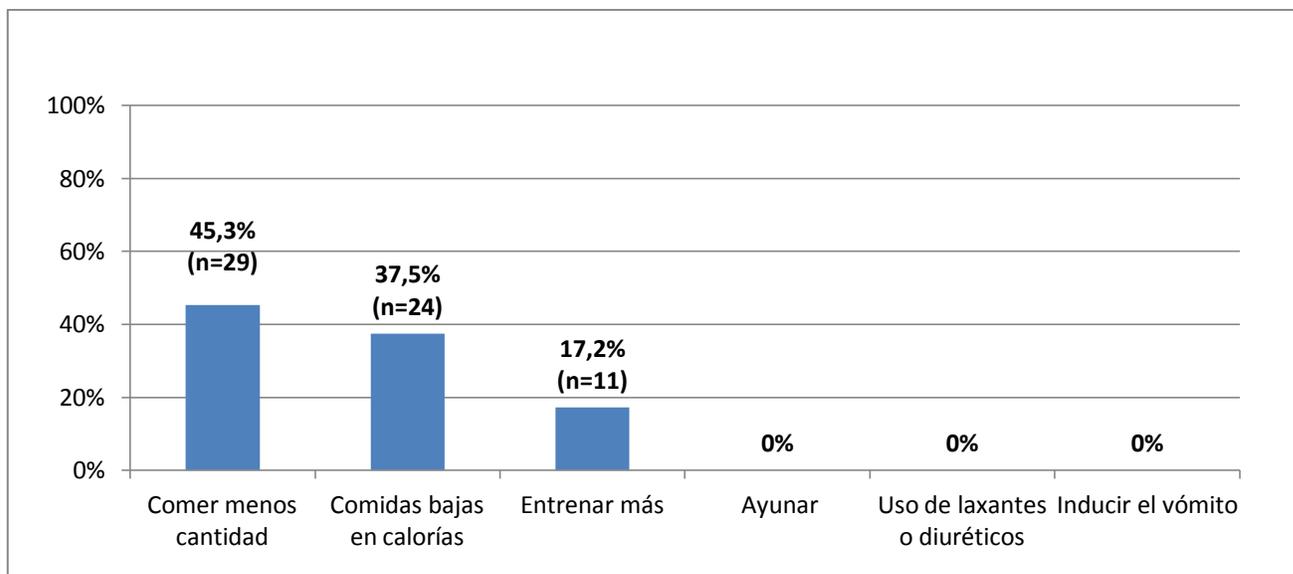
Gráfico n°5. Realización de dieta para perder peso en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Dentro de los métodos que eligieron para perder peso, comer menos cantidad fue el más elegido con un 45,3%, seguido de consumir comidas bajas en calorías con un 37,5% y por último entrenar más con un 17,2% (Gráfico n°6).

Gráfico n° 6. Método elegido para bajar de peso en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=64).

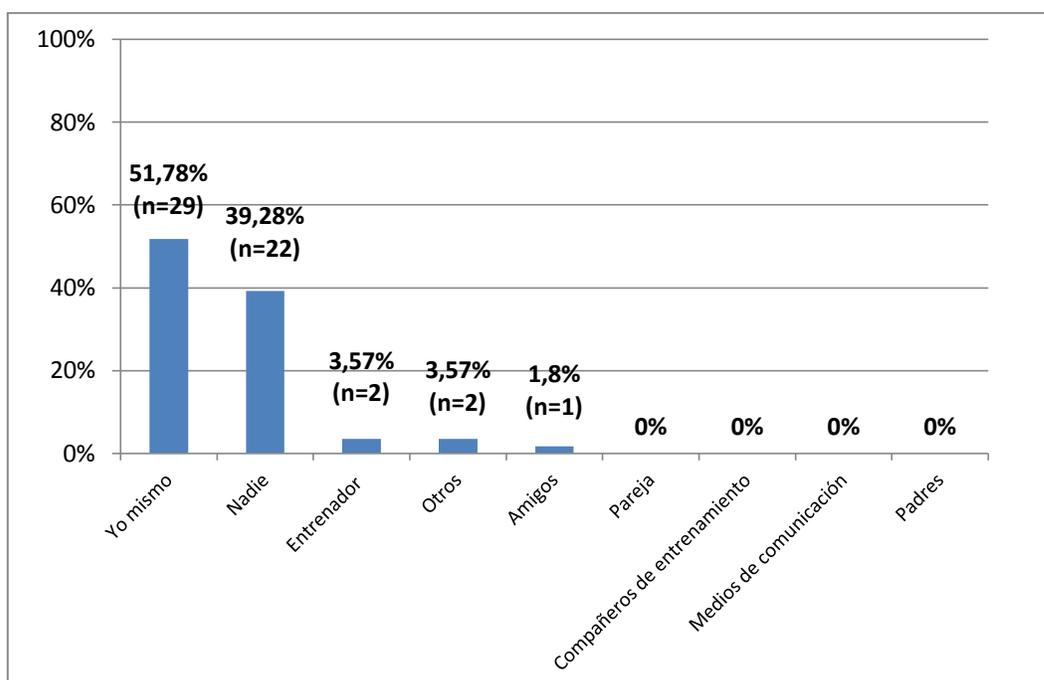


Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Se excluyeron 16 encuestados que respondieron NS/NC dentro de los métodos que elegirían para bajar de peso.

El 51,78% confirmó que ellos mismos se incentivan a bajar de peso (Gráfico n° 7). No fueron elegidas dentro de las opciones la influencia de los padres, medios de comunicación, pareja y compañeros de entrenamiento.

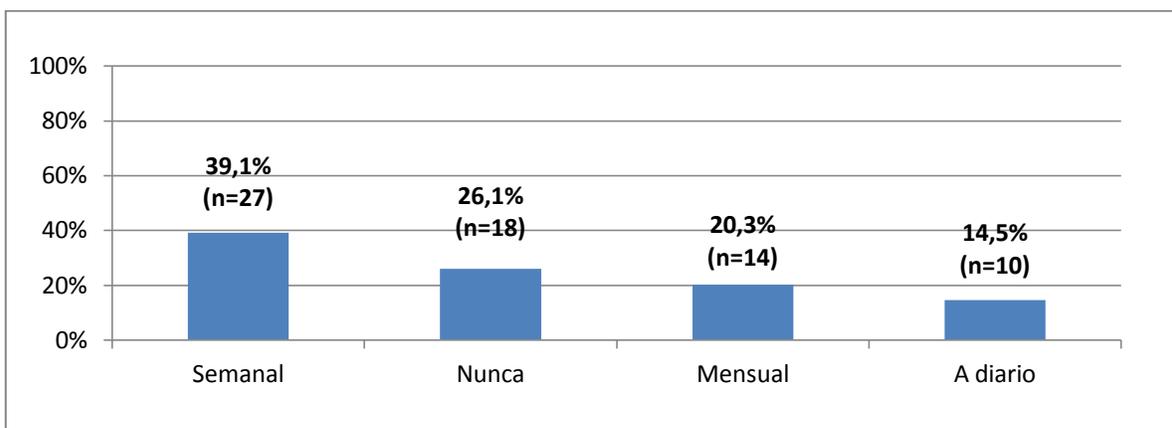
Gráfico n°7. Responsable que recomienda bajar de peso en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=56).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo
Se excluyeron 24 encuestados que respondieron con la

El 39,1 % mencionó que controla su peso semanalmente, seguido del 26,1% que afirmó no controlarlo nunca (Gráfico n°8).

Gráfico n° 8. Frecuencia de control de peso en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=69).

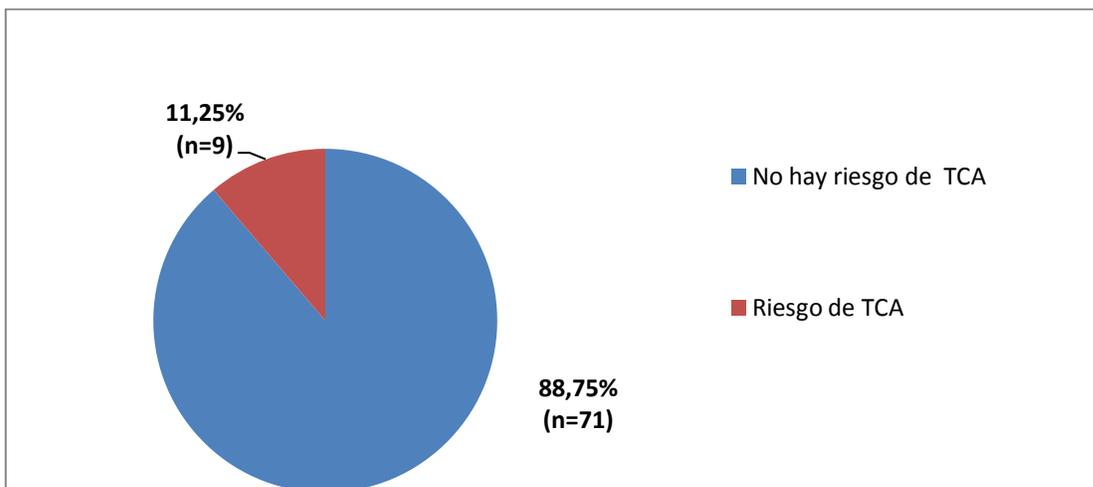


Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo.
Se excluyeron a 11 encuestados que respondieron NS/NC.

Conductas alimentarias de Riesgo

Para analizar las actitudes hacía la comida y poder identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la conducta alimentaria se utilizó el EAT 26. De los 80 participantes, 9 obtuvieron como mínimo 20 puntos. El 11,25% de la población presentó riesgo de desarrollar un TCA (Gráfico n° 9). El promedio de puntuación fue de 9,53 con un desvío estándar de $\pm 9,07$.

Gráfico n°9. Riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT 26 en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Uno de los ítems que se analizó del EAT 26, fue el miedo a tener sobrepeso. El 26,25% de la población confirmó que a veces tiene miedo a ganar peso y el 13,75% siempre (Tabla n°4).

Tabla n° 4. EAT 26: Miedo a tener sobrepeso en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).

Categoría	N	Porcentaje
A veces	21	26,25%
Nunca	20	25%
Rara vez	12	15%
Siempre	11	13,75%
Frecuentemente	10	12,5%
Casi siempre	6	7,5%
Total	80	100%

Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Otro ítem analizado del EAT 26 fue el control que mantienen sobre la ingesta de alimentos. El 28,75% confirmó que a veces mantiene un control sobre su ingesta alimentaria, seguido del 26,25% que manifestó hacerlo frecuentemente (Tabla n°5).

Tabla n°5. EAT 26: Control de ingesta en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires(n=80).

Categoría	N	Porcentaje
A veces	23	28,75%
Frecuentemente	21	26,25%
Nunca	12	15%
Siempre	10	12,5%
Rara vez	10	12,5%
Casi siempre	4	5%
Total	80	100%

Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

El 26,25% nunca pensó en realizar ejercicio para quemar calorías, seguido del 23,7 % que a veces implementó esta conducta (Tabla n° 6).

Tabla n°6. EAT 26: Realización de ejercicio para quemar calorías en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).

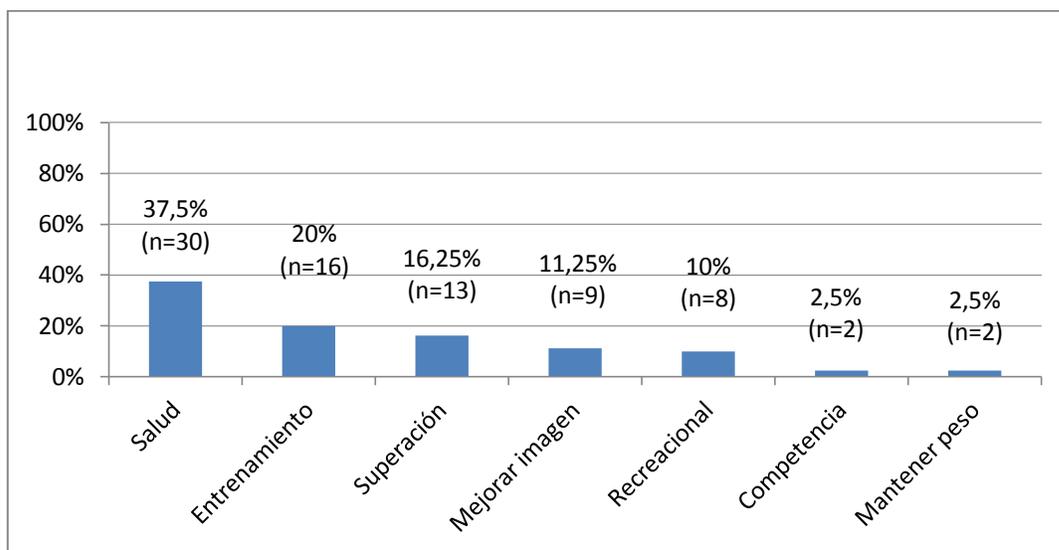
Categoría	N	Porcentaje
Nunca	21	26,25%
A veces	19	23,7%
Frecuentemente	18	22,5%
Rara vez	14	17,5%
Casi siempre	5	6,25%
Siempre	3	3,75%
Total	80	100%

Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Hábito de *Running*

Dentro de los motivos por los cuales practicaban *running*, el 37,5% lo hacía por salud, seguido del 20% por entrenamiento (Gráfico n°10).

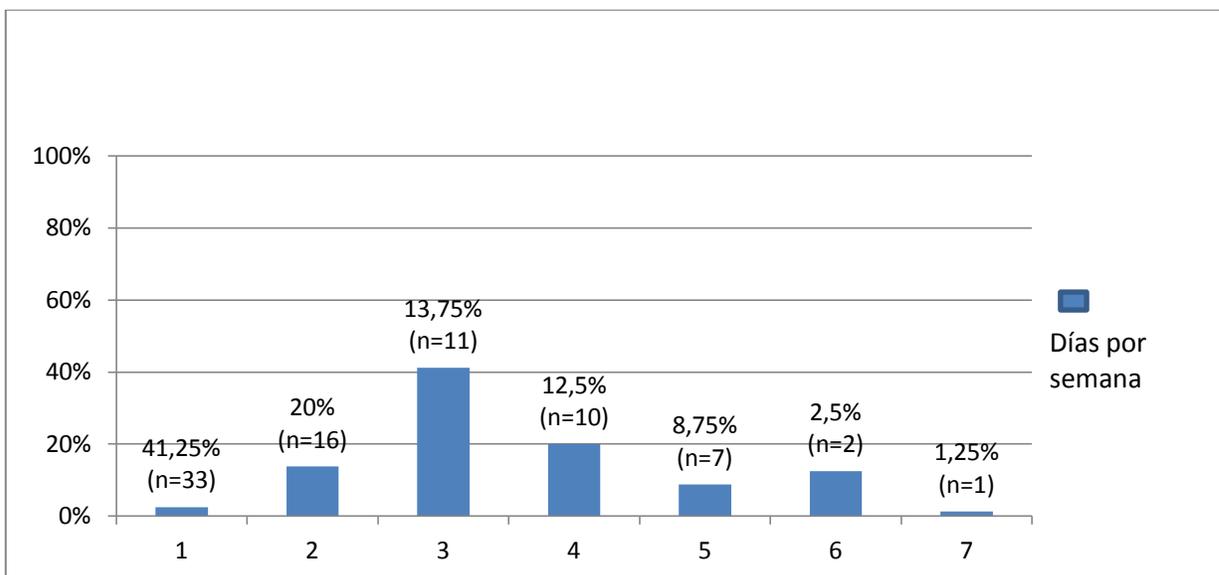
Gráfico n°10. Motivos de práctica de *running* en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

El 41,25 % de los corredores entrenaba 3 días de la semana, seguido del 20 % que lo hacía 4 días de la semana (Gráfico n°11).

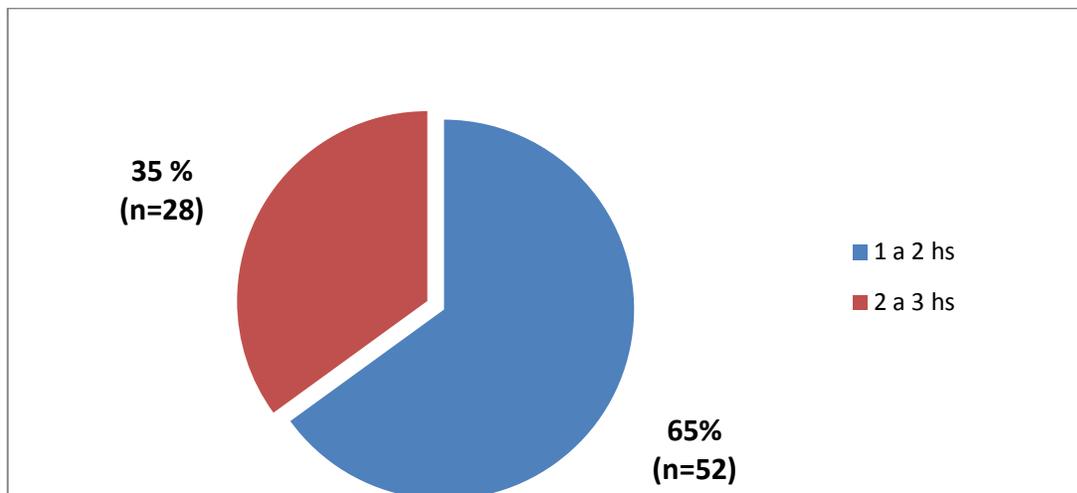
Gráfico n°11. Frecuencia semanal de entrenamiento en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

El 65% dedicaba de 1 a 2 horas por día de entrenamiento y el 35% dedica de 2 a 3 horas diarias de entrenamiento (Gráfico n° 12). El promedio de entrenamiento es de 2 horas diarias con una desviación de $\pm 0,5$.

Gráfico n°12. Horas diarias de entrenamiento en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).

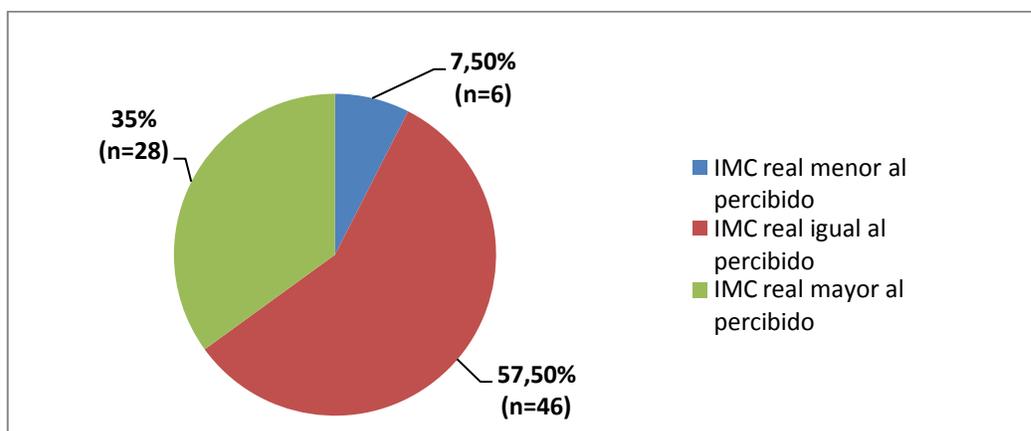


Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

Percepción de la Imagen corporal

En la valoración de la percepción de la imagen corporal se obtuvo que en el 57,5% de la población el IMC real fue igual al percibido, es decir no presentaban distorsión de la imagen corporal. Seguido del 35% que percibió que su IMC era mayor que el real (Gráfico n°13).

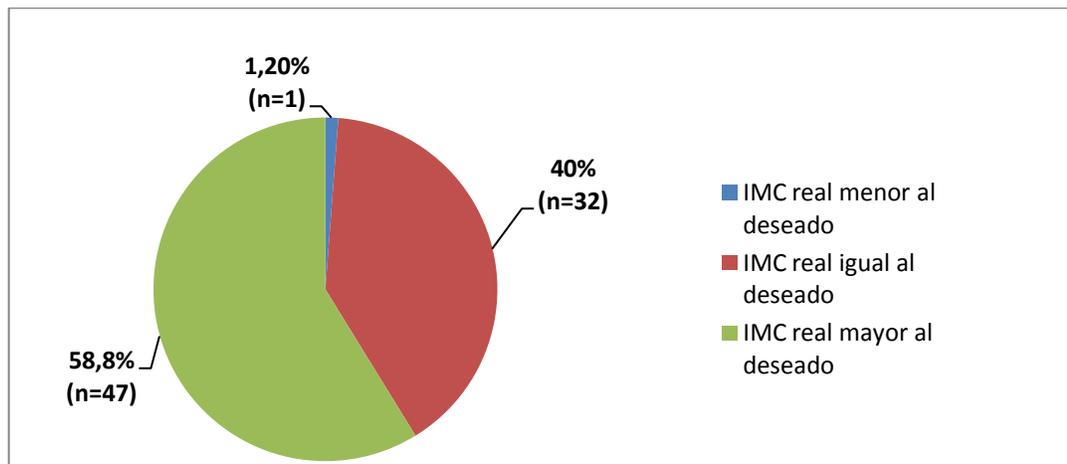
Gráfico n°13. Valoración de la imagen corporal según IMC percibido en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

En la valoración de la imagen corporal según el IMC deseado se obtuvo que el 58,8% de la población presentó un IMC real mayor al deseado, es decir con insatisfacción de su imagen corporal (Gráfico n°14).

Gráfico n°14. Valoración de la imagen corporal según IMC deseado en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires (n=80).



Ref: Elaboración propia a partir de los datos relevados del trabajo de campo

V. Discusión:

Con respecto a la cantidad de comidas diarias realizadas, Ocaña en el 2009, realizó un trabajo sobre hábitos alimentarios en nadadores, donde la mayoría de los deportistas cumplían con las cuatro comidas principales. Al contrario de Espeitx que mencionó que la primera conducta para mantener el peso en los deportistas consistía en saltarse ingestas, dejar de desayunar y/o merendar, hasta en algunos casos prescindir del almuerzo o la cena (Espeitx E, 2006).

En este estudio, los resultados coincidieron con los de Ocaña ya que se comprobó que la mayoría de la población cumple con las cuatro comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena).

En el caso de las colaciones, en un estudio realizado por Castillo en el año 2010, se verificó que el 64 % de los ciclistas españoles de la selección de Mountain Bike también realizaban colaciones entre horas (Castillo Som A et al, 2010). En este estudio se coincidió con los resultados de Castillo ya que más de la mitad de la población encuestada realiza colaciones tanto a la mañana como a la tarde.

En un estudio realizado por San Marcos en el año 2014, en personas que realizaban ejercicio físico, se obtuvo como resultado que el 31% de los participantes realizaban o habían realizado algún tipo de régimen, y cerca de la mitad seguía un tratamiento sin supervisión de un profesional (San Marco I, 2014). En contraposición la mayoría de los corredores de la ciudad de Buenos Aires no realiza dieta para bajar de peso.

Alfonseca en el 2006 obtuvo como resultado que el propio atleta es su propio incentivo para bajar de peso (Alfonseca J, 2006). Coincidió con esta investigación ya que la mayoría de los corredores admitieron ser ellos mismos su influencia para perder peso. Un mínimo porcentaje mencionó recibir incentivo de parte de su entrenador y de sus amigos.

Respecto a los métodos para bajar de peso, en el 2001, Dosil y Díaz, evaluaron practicantes de aeróbic. Los que más puntuaron fueron comer menos cantidad, ingerir comidas bajas en calorías y entrenar más (Díaz I, Dosil J; 2001). Estos mismos métodos fueron los que más puntuaron en esta investigación. Ningún corredor seleccionó como respuesta inducir el vómito, utilizar laxantes o diuréticos ni ayunar.

Uno de los factores en el desarrollo de un TCA es la propia personalidad del deportista. Ciertos rasgos “ventajosos” para un buen rendimiento deportivo pueden ser el perfeccionismo, la compulsión, la auto- motivación y las altas expectativas, son los mismos que se encuentran en individuos con TCA (Marquez S, 2008).

En un estudio realizado por Díaz en el 2001, la mayoría de los deportistas controlaban su peso en forma mensual (Díaz I, Dosil J; 2001). En este estudio la mayoría de los corredores mencionó que controla su peso de forma semanal y en menor medida de forma diaria. Cabe destacar que el control de peso en los corredores es frecuente.

El 11,25% de los corredores obtuvo un EAT mayor o igual a 20 puntos, esto quiere decir que presenta riesgo de desarrollar un TCA. Se consideró utilizar el EAT-26 debido a que varios autores indican que es la herramienta estándar usualmente más empleada en la medición de las características y sintomatología de los TCA (Sousa Fortes L et al, 2012; Martinez Rodriguez A, 2015).

Al comparar la dieta y el trastorno de comportamiento alimentario, Martínez observó que los practicantes de deportes aeróbicos de larga duración son los que más puntúan en el EAT 26 y muestran mayor predisposición a la presencia de un TCA.

En esta investigación el motivo de práctica de *running* que más puntuó fue el de beneficios para la salud. No se obtuvieron porcentajes relevantes en las opciones de control de peso ni de mejorar imagen.

Otro factor a tener en cuenta es la percepción de la imagen corporal. En un estudio realizado por Dosil y Díaz en practicantes de aerobico, se observó que un 28,7 % indicó que no había diferencias entre su peso ideal y su peso real, mientras que el 68,1% de los sujetos indicó que su peso real era mayor que el ideal (Díaz I, Dosil J; 2001). En contraposición con esta investigación, más de la mitad de los corredores no presenta distorsión de su imagen corporal. Pero cabe destacar que el 35% de la población se percibe más robusto de lo que es.

En un estudio realizado por Bazán en el 2006, en mujeres deportistas argentinas, se obtuvo como resultado que el 31% de ellas estaban insatisfechas con su imagen corporal. Coincidiendo con un estudio realizado por Da Silva Filho en el 2008, en personas que realizaban actividad física, donde se obtuvo como resultado que todos los grupos étnicos tenían el deseo de reducir sus siluetas (Da Silva Filho, 2008). Ambos estudios coinciden con los resultados de esta investigación ya que más de la mitad de los corredores mencionaron estar insatisfechos con su imagen corporal. El deseo de tener una silueta más delgada parece estar presente en la gran mayoría de los deportistas.

Hay una limitación en cuanto a la valoración de la imagen corporal ya que tanto el peso como la talla son auto referidos, por lo tanto puede haber un sesgo entre el IMC auto referido y el IMC obtenido por antropometría. Esto también podría generar un sesgo en la valoración del estado nutricional obtenido por IMC.

VI. Conclusión

- Más de la mitad (66,25%) de los corredores presentan normopeso.
- La mayoría cumple con las cuatro comidas diarias, por lo tanto no hay restricción en la ingesta diaria de alimentos.
- Más de la mitad (61,25%) realiza colaciones pre/post entrenamiento.
- Dentro de los alimentos más consumidos en las colaciones se encuentran las frutas y los panificados.
- La mayoría (58,75%) no realiza dieta para perder peso.
- Los que mencionaron que realizan dieta para bajar de peso afirmaron que no reciben influencias de terceros. Ellos mismos toman la decisión de implementar un régimen de alimentación.
- El 33,75% controla su peso con una frecuencia semanal.
- Tan sólo un 11,25% presenta riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Un mínimo porcentaje de los corredores mencionó que siempre realiza ejercicio para quemar calorías y mantiene un control sobre su ingesta.
- Más de la mitad (57,5%) de la población no presenta distorsión de la imagen corporal ya que el IMC percibido es igual al IMC real.
- En cambio, un gran porcentaje (58,8%) se siente insatisfecho con su figura ya que el IMC real es mayor al IMC deseado.

Por lo tanto, podemos concluir que se refuta la hipótesis de que los corredores de la ciudad de Buenos Aires presentan hábitos alimentarios restrictivos.

Un mínimo de la población presenta riesgo de desarrollar un TCA.

Se refuta la hipótesis de que presentan alteración en la percepción de su imagen corporal. En cambio, un gran porcentaje presenta insatisfacción con su imagen corporal.

VII. Referencias

Alfonseca J. Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. Revista de Salud Pública [revista en internet]. 2006 [citado 15 may 2015]; 4: [368-385]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=3A51BD2A2FAAAE10FD6C14F34B30E0A2.dialnet02?codigo=2159232>

Alvarez Rayón G, Franco Paredes K, López X, Mancilla J, Vázquez R. Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de salud Pública [revista en internet] 2009 [citado 20 may 2015]; 11(4): [569-578]. Disponible en:

<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a08>

Bazán N, Dumont M. Prevalencia de Factores de Riesgo asociados a Anorexia en deportistas femeninas que asistan al laboratorio de

Actividad Física y Salud. Buenos Aires. [sede web] Buenos Aires: Instituto Superior de Deportes, 2006 [citado 20 may 2015]. Disponible en:

<http://www.plazadedeportes.com/imgnoticias/10766.pdf>

Corada L, Montedónico A. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad (tesis doctoral). Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales; 2007.

Dosil J, Díaz I. Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento. 1º ed. Madrid: Catálogo general de publicaciones oficiales; 2012. 13-58.

Espeitx E. Práctica deportiva, alimentación y construcción del cuerpo. Revista de diabetología y tradiciones populares [revista en internet] 2006 [citado 20 mar 2015]; 61(2): [79-98]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90600203>

Espina A, Ortego MA, Ochoa de Alda I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema* [revista en internet] 2001 [citado 15 mayo de 2015]; 13(4): [533-538]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713401>

Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp* [revista en internet] 2008 [citado 20 de 2015]; 23(3): [183-190]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003

Marrodán M, Montero V, Mesa M, Pacheco J, González M, Bejarano I, Lomaglio D, Carmenate M. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008. BIBLID 1137-439X.

Martínez Rodríguez A. Efectos de la dieta y práctica de deportes aeróbicos o anaeróbicos sobre los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición hospitalaria* [revista en internet] 2015 [citado 15 may 2015]; 31(3): [1240-1245].

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309235369033>

Martinez Sanz JM, Urdampilleta A, Mico L, Soriano JM. Aspectos psicológicos y sociológicos en la alimentación de los deportistas. *Cuadernos de psicología del deporte* [revista en internet] 2012 [citado 15 may 2015]; 12(2): [39-48]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157884232012000200005&script=sci_arttext

Ocaña M, Folle R, Saldaña C. Hábitos y conocimientos alimentarios de adolescentes nadadores de rendimiento. *European Journal of Human Movement* [revista en internet] 2009 [citado 20 mar 2015]; 23: [95-106]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3323651>

Raich R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en psicología Latinoamericana [revista en internet] 2004 [citado 20 may 2015]; 22: [15-27]. Disponible en:

<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>

Salaberría K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. San Sebastián: Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos; 2007. BIBLID 1577-8553.

San Mauro I, Garciano E, González Fernandez M, Villacorta Pérez P, Megias Gamarra A, Miralles Rivera B, Figueroa Borque M, Sánchez N, Bonilla Navarro M, Arranz P, Bernal M, Ruiz León A, Moraleda E, Calle L. Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. Nutrición hospitalaria [revista en internet] 2014 [citado 20 mar 2015]; 30(6): [1324-1332]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/3092/309232644018.pdf>

Silva Filho L, Rabelo- Leitao A, Menezes Cabal R, Knackfuss M. Imagen corporal, actividad Física y factores de riesgo. Revista de salud pública [revista en internet] 2008 [citad 20 marzo 2015]; 10(4): [550-580]. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a05>

Som Castillo, Sánchez C, Ramírez J, Zabala M. Estudio de los hábitos alimentarios de los ciclistas de la selección española de *mountain bike*. Nutrición hospitalaria [revista en internet] 2010 [citado 20 mar 2015]; 25(1): [85-90]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000100013&script=sci_arttext

Sousa Forte L, Tavares Paes S, Soares A, Ferreira Caputo ME. Conducta alimentaria inadecuada y la insatisfacción corporal en jóvenes nadadores según variables sociodemográficas. Psychol [revista en internet] 2012 [citado 20 may 2015]; 14(3). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n1/art06.pdf>

Vaquero Cristobal R, Alacid F, Muyor JM, López Miñaro P. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Nutr Hosp [revista en internet] 2013 [citado 15 abril 2015];28(1): [27-35]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112013000100004&script=sci_arttext

VIII. Anexos

Encuesta sobre hábitos alimentarios e imagen corporal para corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires

Estamos realizando un trabajo de investigación sobre hábitos alimentarios y percepción de imagen corporal en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires.

- Responda cada pregunta lo mejor que pueda.
- Use exclusivamente una lapicera de tinta negra o azul preferentemente. No use lápiz ni rotulador.
- Marque una X en la respuesta que corresponda.
- Si hace algún cambio, tache la respuesta incorrecta y ponga una X en la respuesta correcta. Además, marque un círculo alrededor de la respuesta correcta.
- No haga ninguna anotación por separado en este cuestionario.

Sugerencias a tener en cuenta:

- Colación pre/post entrenamiento: es una comida ligera que se ingiere antes o después de entrenar. Se realiza fuera de las 4 comidas principales (pregunta n° 8)
- Nivel de educación: debe seleccionar el último nivel que alcanzó.
- Peso y talla: debe indicar el peso y la talla obtenido en la última medición.
- Ayuno: se refiere a no ingerir alimentos por un tiempo prolongado.

Encuesta sobre hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires:

Marcar con una X la respuesta que corresponda. Es una respuesta por pregunta, excepto las preguntas 7, 9 y 14. Las preguntas que no tienen opciones deben ser completadas por el encuestado (ejemplo, edad: 23 años)

1. Edad (años): _____

2. Sexo: Femenino Masculino

3. Indicar nivel de Educación:
 - Primario completo
 - Primario incompleto
 - Secundario completo
 - Secundario incompleto
 - Terciario completo
 - Terciario incompleto
 - Universitario completo
 - Universitario incompleto

4. Indicar su último peso (kg): _____

5. Talla (metros): _____

6. ¿Con qué frecuencia se pesa?

- A diario
- Semanal
- Mensual
- Nunca
- NS/NC

7. Marque con una cruz las comidas que realiza todos los días:

- Desayuno
- Colación media mañana
- Almuerzo
- Colación media tarde
- Merienda
- Cena

8. ¿Realiza colaciones antes y/ o después de entrenar?

- SI
- NO
- NS/NC

9. ¿Qué alimentos consume en las colaciones? Marcar con una cruz lo que corresponda:

- Bebidas e infusiones con azúcar (jugos, gaseosas, aguas saborizadas e infusiones con azúcar).
- Bebidas e infusiones sin azúcar (jugos, gaseosas, aguas saborizadas e infusiones sin azúcar).
- Frutas (frescas, envasadas, secas y desecadas).
- Cereales y legumbres (cereales para desayuno, barras de cereal, avena y legumbres)
- Panificados y galletitas (pan de panadería, pan envasado o de molde, productos de pastelería, tortas, galletitas saladas y dulces)
- Leches (leche en polvo y fluida, leche saborizada, leche chocolatada)
- Yogur (firme, batido, bebible)
- Quesos (queso untado, de pasta blanda, semidura y dura)
- Azúcares, dulces, postres y golosinas (azúcar de mesa, dulces y mermeladas, gelatina, helados, polvo para preparar postres y golosinas)
- Grasas y comidas elaboradas (comidas preparadas como sandwich, empanadas, hamburguesas)
- Carnes y huevos
- Otros, cuál: _____
- NS/NC

10. ¿Realiza dieta para bajar de peso?

- Si
- No
- A veces
- NS/NC

11. Si deseara bajar de peso, qué método utilizaría:

- Ayuno, cuántas horas: _____
- Comer menos cantidad
- Ingerir comidas bajas en calorías
- Entrenar más horas de lo habitual
- Utilizar laxantes/ diuréticos
- Inducir el vómito
- Otros: _____
- NS/NC

12. ¿Quién le recomendó bajar de peso? (Marque una opción)

- Entrenador
- Yo mismo
- Amigos
- Medios de comunicación
- Padres
- Pareja
- Compañeros de entrenamientos
- Nadie
- NS/NC
- Otros, cuál: _____

13. Indicar el motivo por el cual practica running (marque una opción):

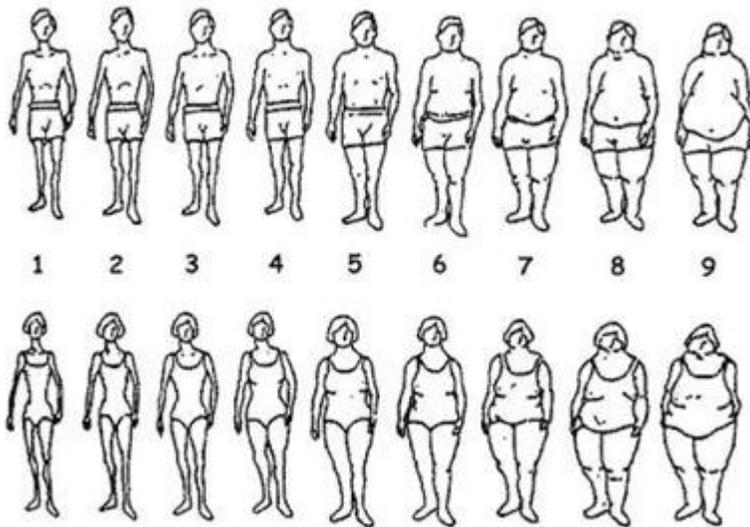
- Recreacional
- Competencia
- Entrenamiento
- Mejorar imagen y aspecto físico
- Mantener el peso
- Beneficios que obtengo en mi salud
- Reto y superación personal
- Otros: _____
- NS/NC

14. Indicar los días a la semana que dedica a entrenar (marcar con una X la/s que corresponda):

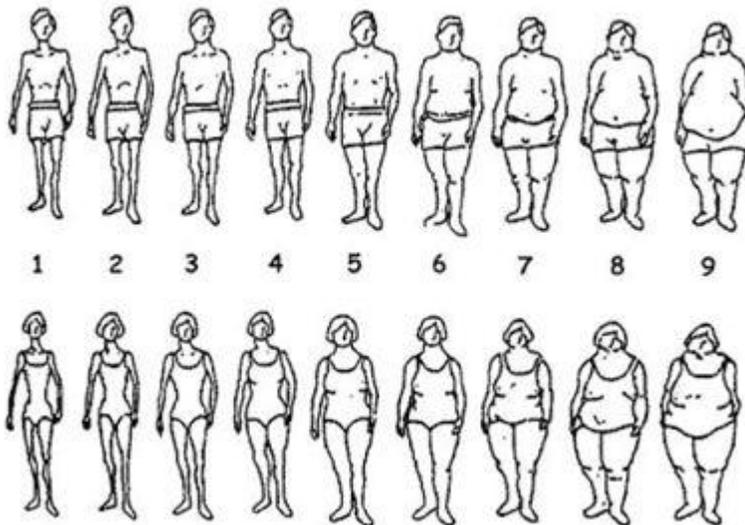
- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes
- Sábados
- Domingos

15. Indicar horas que entrena por día: _____

16. A continuación se le presentan nueve siluetas femeninas y nueve masculinas. Seleccione con una X sobre el número con el cual se sienta más identificado:



17. A continuación se le presentan nueve siluetas femeninas y nueve masculinas.
 Seleccione con con una X el número que desearía ser:



A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales solo tiene que seleccionar una de las opciones de respuesta: SIEMPRE, CASI SIEMPRE, FRECUENTEMENTE, A VECES, RARA VEZ, NUNCA.

Marque con una X en el casillero que corresponda:

Elija una respuesta para cada una de las preguntas	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
Evito comer cuando tengo hambre						
Me preocupo por los alimentos						
He tenido atracones en los cuales siento que no puedo parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos						
Evito las comidas con alto contenido de hidratos (pan, pastas, papa)						
Vomito después de haber comido						
Noto que los demás preferirían que comiese más						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado.						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar.						
Como alimentos dietéticos (diet o light)						
Siento que la comida controla mi vida						
Mantengo un control en mi ingesta						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso mucho tiempo pensando y ocupandome de la comida						
Me siento incomodo después de comer dulces						
Me comprometo a hacer dietas						
Me gusta sentir el estómago vacío.						
Disfruto probando comidas nuevas y apetitosas						
Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

¡Muchísimas gracias por contestar este cuestionario! Debido a que queremos usar toda la información que usted ha proporcionado, le agradeceríamos que se tomara un momento para revisar cada página, asegurándose de que:

- No se haya saltado ninguna página.
- Haya tachado cualquier respuesta incorrecta y haya marcado la respuesta correcta si hizo algún cambio.

Consentimiento informado del respondente

Estimado participante

Mi nombre es María Laura Massa, en virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición cuyo objetivo es evaluar la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios y conductas de riesgo en corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano, necesitaré realizar una encuesta de hábitos alimentarios y percepción de imagen corporal.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consiste en responder las preguntas que se encuentran en la hoja siguiente.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta que es dirigida a corredores de calle de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Le solicitamos que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha.....

Firma.....

Lugar de la encuesta

Alumna encuestadora:

(Firma)

Universidad ISALUD

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN “DR. NÉSTOR RODRIGUEZ CAMPOAMOR”

Autorización de autor para la divulgación de su obra inédita en formato electrónico

El/la que suscribe _____ autoriza.

Por la presente a la Universidad ISALUD y como intermediario al Centro de Documentación

“Dr. Néstor Rodríguez Campoamor” a la divulgación en forma electrónica de la obra de su autoría que se indica en el presente documento.

Carrera: _____

Título de la obra autorizada (indicar si es Tesis / TFI)

Marque con una cruz el tipo de permiso que concede:

Acceso restringido:

____ Envío de la obra sólo a los miembros de la comunidad ISALUD que así lo soliciten.

Acceso público:

____ Divulgación en la página Web de la universidad o a través del catálogo del Centro de Documentación con acceso al texto completo del documento para todo tipo de usuarios.

Consulta en sala:

____ Disponibilidad de la obra solamente para la lectura en sala dentro de la Institución.

El suscriptor deslinda a la Institución de toda responsabilidad legal que pudiera surgir de reclamos de terceros que invoquen la autoría de las obras cuya autoría se atribuye.

Fecha ___/___/___

Firma

DNI

Venezuela 931 – 2º subsuelo- C1095AAS – Ciudad de Buenos Aires- Argentina

TEL. + 54 11 5239-4040- Fax_Web: www.isalud.edu.ar – mail: biblioteca@isalud.edu.ar

Buenos Aires, de de 20....

Derechos para la publicación del trabajo final integrador

En calidad de autor del Trabajo Final Integrador (TFI) denominado:

“.....
.....
.....”

Certifico que he contribuido al contenido intelectual de este trabajo, ya sea en la concepción del diseño, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción y revisión crítica del mismo, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él como autor.

En el caso que yo elija publicar el trabajo por mis propios medios, queda vedada cualquier reproducción, total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin solicitar previamente autorización a la Universidad ISALUD.

Declaro que, desde la concepción del trabajo de investigación y al concluirlo, en consecuencia, como TFI para obtener el título de licenciado en Nutrición, debo declarar siempre como filiación a la Universidad ISALUD en cualquier publicación que se haga de la investigación (Revistas, Congresos, Boletines de Nutrición, etc.).

Nombre completo del Autor/Alumno:.....

Firma:.....

DNI:.....

Dirección postal:.....

E-mail de contacto:

