



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

Licenciatura en Psicología

Tesis de Grado

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN USUARIOS DE GIMNASIOS DE CAPITAL
FEDERAL Y GRAN BUENOS AIRES**

Autora: Garcia Cecilia

Tutor/a: María Laura Santellán

8 de junio del 2021

ceciliagarcia133@live.com

Índice

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES.....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
RELEVANCIA	18
<i>Relevancia Teórica</i>	18
<i>Relevancia Práctica</i>	18
<i>Relevancia Social</i>	18
OBJETIVOS	19
<i>Objetivo general</i>	19
<i>Objetivos específicos</i>	19
HIPÓTESIS	19
<i>Hipótesis general</i>	19
<i>Hipótesis específicas</i>	19
MARCO TEÓRICO.....	21
ALIMENTACIÓN Y CONDUCTA ALIMENTARIA.....	21
CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO [CAR]	21
CARACTERIZACIÓN DE LAS CAR.....	24
<i>Deseo de Adelgazar o Idealización de la Delgadez [DA]</i>	24
<i>Insatisfacción Corporal [INSC]</i>	25
<i>Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal [PPIC]</i>	25
<i>Actitudes Negativas hacia la Alimentación [ANA]</i>	25
<i>Inseguridad Social [IS]</i>	26
<i>Baja autoestima</i>	26
<i>Bienestar Psicológico</i>	27
<i>Perfeccionismo [P]</i>	27
<i>Bulimia [B]</i>	28
<i>Imagen Corporal [IC]</i>	28
LA ALIMENTACIÓN Y LOS ESTEREOTIPOS SOCIALES	30

LA ALIMENTACIÓN Y LAS EMOCIONES	31
LA ALIMENTACIÓN Y LAS COGNICIONES	33
EL ABUSO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LAS CAR.....	35
METODOLOGÍA.....	40
DISEÑO.....	40
MUESTRA	40
INSTRUMENTOS	40
PROCEDIMIENTO	44
RESULTADOS.....	45
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	45
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	46
ANÁLISIS DE NORMALIDAD	47
DIFERENCIA DE GRUPOS	48
CORRELACIONES	55
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	60
<i>Limitaciones y Recomendaciones.....</i>	<i>64</i>
REFERENCIAS.....	66
ANEXOS	71

Agradecimientos

A mi compañero de vida, Nicolás, fundamentalmente por creer en mí y acompañarme en este camino amorosamente.

A mi hijo, Juan Ignacio, el amor de mi vida, quien me guía cada día para ser mi mejor versión y esforzarme para darle la mejor de las enseñanzas que sin duda es con el ejemplo.

A mis padres, Jorge y Alicia por inculcarme el sentido del esfuerzo.

A mis suegros, Norma y Juan Carlos por acompañarme y poner a disposición su tiempo para mí.

A mis hermanas Lucila y Estela por hacer de mis sueños los suyos, desearlos y celebrarlos tanto como yo.

A mis compañeras de la facultad, Marilyn, Selva, Natalia, Mariela y Cintia personas maravillosas.

A mis amigas, Julieta, Sonia y Nerina quienes siempre destacaron mi esfuerzo y apoyaron mi camino.

A mi jefa Carolina Paolo, que desde su lugar comprendido y habilito los espacios que necesite para dedicar a la facultad.

A Florencia, que con su generosidad me guio sabiamente para el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A mi tutora, María Laura Santellan por su tiempo y buena predisposición siempre para conmigo.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo estimar la relación que existe entre la frecuencia en el uso del gimnasio y las Conductas Alimentarias de Riesgo. Para llevar a delante este análisis se tomó una muestra de hombres (23,4%) y mujeres (76,6%) adultos que practican actividad física en gimnasios. Se aplicó el Inventario para la evaluación de conductas relacionadas con la alimentación [ICRA] (Pérez y Becerra, 2003) y un cuestionario sociodemográfico Ad-Hoc que aportó información relativa a hábitos alimentarios frecuentes y variables relativas al uso del gimnasio. La hipótesis general esperó encontrar diferencias significativas en relación a la propensión a desarrollar Conductas Alimentarias de Riesgo en usuarios de gimnasios que concurren más de cuatro veces a la semana en comparación con los que concurren menos de 3 veces semanales.

Los resultados indicaron que existe una diferencia significativa según la frecuencia con la que las personas concurren al gimnasio en relación a la conducta alimentaria, en la dimensión Ítems críticos. Esta conducta fue mayor en personas que concurrían al gimnasio más de 4 días por semana, mientras que los valores fueron menores en quienes concurrían entre 1 y 3 días por semana. La dimensión Ítems Críticos responde a ítems válidos para diferenciar a los sujetos sin trastornos de aquellos que se encontraban en tratamiento por trastornos de alimentación. Estos resultados evidencian que las personas que más días concurren al gimnasio poseen más probabilidad de desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria.

Palabras claves: Conducta Alimentaria de Riesgo - Imagen Corporal - Índice de Masa Corporal - Usuarios de Gimnasios.

Abstract

The main objective in this paper is to estimate how the gym attendance frequency and risky eating behaviors relate to each other. In order to accomplish this analysis a sample of adult men (23,4%) and women (76,6) who practice physical activities in gyms was taken.

Inventory was applied to evaluate Related Eating Behaviors [ICRA] (Pérez & Becerra, 2003) and a sociodemographic questionnaire built Ad-Hoc that provided information about frequent eating habits and variables related to the use of the gym. The general hypothesis wanted to find significant differences in relation to the propensity to develop Risky Eating Behaviors in gym users that attend over four days a week compared to those who attend less than 3 days a week.

The results indicate that in fact, there is a significant difference around the frequency people attends to the gym to develop Critical Items Eating Behavior. This conduct was higher in people who attend the gym more than four days a week while the values for people who attend between one and three days a week were lower. The Items Critic Eating Behavior are valid items to differentiate subjects without disorders from those undergoing treatment for eating disorders. These results lead to assume that people that attend the gym more frequently are more likely to develop eating behavior alterations.

Keywords: Risky Eating Behavior - Body Image - Body Mass Index - Gym Users.

Planteamiento del problema

Introducción

Alimentarse es parte de la vida de los sujetos y se hace con fines nutricios, salubres, tanto como socioculturales. La alimentación acompaña al individuo desde el nacimiento y durante toda su vida. Ergo, en la cultura occidental, la comida es utilizada generalmente como motivo de reunión y como sinónimo de alegría y bienestar.

De forma consiente o no, todos los individuos poseen una necesaria relación con la comida. Por tanto es de suma importancia el reconocimiento de la influencia que ésta tiene sobre las personas ya sea por una atribución física, psicológica o emocional a fin de poder evaluar la forma adaptativa o des adaptativa en la que cada sujeto se relaciona con la misma.

Según detallan los autores Osorio et al. (2002), cuando se hace referencia a la conducta alimentaria, la misma se entiende como la capacidad de establecer una armonía entre los siguientes ítems: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de dichos alimentos.

Cuando se hace referencia a que la conducta alimentaria es de riesgo o esta alterada se habla de que existe una *Alteración de la conducta relacionada con la alimentación*, de *Prácticas erróneas de control de peso* y de la *Alteración de la percepción de la imagen corporal*. Si bien, esta alteración se presenta en distintas intensidades según quien la padece, se hace indispensable sea cual sea su intensidad hacer una detección temprana debido a que esta relación desadaptativa con las prácticas alimenticias podría rigidizarse y culminar en un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Hunot et al., 2008).

Al respecto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V] (2013) describe que existen distintos tipos de trastornos alimentarios siendo los principales representantes de éste grupo la Anorexia Nerviosa [AN], la Bulimia Nerviosa

[BN], el Trastorno Alimentario de la Ingestión de Alimentos No Especificado [TANE] y el Trastorno de Atracones [TA].

Osorio et al. (2002) resaltan que en los seres humanos los modos de alimentarse, las preferencias al hacerlo y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida. Los niños suelen incorporar la gran mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad.

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal y como tal, se encuentran dentro de éste proceso, distintos componentes que van desde lo psicológico a lo cultural y lo social.

Por otra parte, autores como Restrepo y Castañeda (2020) dan cuenta de que hacer ejercicio de forma frecuente puede generar una disminución o alteración en la alimentación y la nutrición de la persona que lo practica provocando además una marcada inquietud por el peso y la apariencia física.

En líneas generales, las personas suelen formar en su mente una imagen que representa su cuerpo y como se ven, pero, suele pasar que en ocasiones esa imagen formada no coincide con el cuerpo real del sujeto o como lo ven los demás y es ahí cuando se puede estar frente a una distorsión de la imagen corporal que llevara a incorporar una Conducta Alimentaria de Riesgo [CAR] (Bobadilla-Suárez y López-Avila, 2014).

En los casos donde se encuentra asentado el trastorno alimentario, esta distorsión de la imagen corporal se puede presentar en distintos niveles que van desde un cuadro leve a un cuadro severamente delirante (Behar, 2010).

Para el tratamiento de esta temática, un dato a ser tenido en cuenta es el Índice de Masa Corporal [IMC]. Ya que, en base a lo recabado en el rastreo del estado del arte, el

IMC es una buena herramienta para determinar si el peso de una persona está acorde o bien, si es saludable para su estatura (Medline Plus, 2021).

No obstante es importante tener en cuenta con respecto al peso lo enunciado por a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020):

“El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2020).

Siendo que la mayoría de los estudios realizados al momento sobre dicha temática no están enfocados específicamente en los usuarios de gimnasios se hace necesario generar contenido teórico que pueda ser utilizado en espacios de aprendizaje y así organismos involucrados en temas de salud pública incluyan desde una mirada social y holística el desarrollo de estrategias de prevención primaria y psicoeducación a fin de prevenir y abordar este trastorno fomentando estilos de vida más saludables.

Por todo esto, se entiende como necesario poder identificar cuáles son las conductas alimentarias de las personas que practican actividad física en gimnasios para dar cuenta de la ausencia o presencia de dicha problemática y detectar de manera precoz, si existen alteraciones de la conducta alimentaria.

Antecedentes

Diversos estudios han dedicado a develar los posibles factores que predisponen, a los seres humanos, al desarrollo de las CAR y como estas pueden desencadenar en un Trastorno de la Conducta Alimentaria propiamente dicho.

Al abordar la temática relacionada a las conductas alimentarias de riesgo y el IMC se consultó un estudio realizado por Lola-Cortez & Saucedo –Molina (2006), que analizó las CAR y la IC de acuerdo IMC en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México, en la que participaron 659 mujeres estudiantes de primaria y secundaria y de manera simultánea con las madres de dichas estudiantes. Para la recolección de datos se utilizó una sección auto aplicable del cuestionario de Alimentación y Salud llamada Escalas de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios [EFRATA] (Gómez Pérez-Mitre, 2000). La Imagen Corporal se midió mediante las dimensiones a) percepción de la imagen corporal y b) satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal. Por último el IMC se recabo a través de un auto reporte de peso y talla. Como hallazgo principal de este estudio es que se confirma la presencia de CAR en dicha población. Asimismo, se encontró una relación positiva entre el IMC, percepción de la IC y la insatisfacción con la misma. Concluyeron que las mujeres participantes percibían de forma real la problemática de sobrepeso lo cual sumado a la influencia de los modelos estéticos hegemónicos de belleza impuestos en la cultura occidental podían ser el motor para que incurran en conductas alimentarias de riesgo que, si no son abordadas podrían culminar en un TCA.

En otro estudio realizado en Sevilla, España por Jáuregui Lobera et al. (2008) se buscó evaluar la presencia de ejercicio al inicio del trastorno. Los participantes fueron 745 pacientes atendidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con diagnósticos de anorexia nerviosa (subtipos restrictivo y purgativo), bulimia nerviosa (subtipos purgativo y no purgativo) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado

según criterios DSM IV, al inicio del trastorno. El instrumento utilizado para llevar a delante esta investigación fue la entrevista Eating Disorders Examination [EDE], la cual identifica la cantidad de días por semana que la persona le dedica a la actividad física excesiva así como también la cantidad de minutos por día abocados a la realización de ejercicio y que tipo de ejercicio. Los resultados dieron cuenta de que existe una actividad física intensiva o hiperactividad en pacientes con TCA. Concluyendo que al inicio del trastorno el 54,63%, de los pacientes realizada actividad física con el fin de quemar calorías o cambiar la figura, peso o complexión corporal. Asimismo, se detectó en el 47,42 % que la hiperactividad era el tipo de ejercicio más frecuente.

En el mismo año, se encontró un estudio que buscó analizar la Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida, Venezuela llevado adelante por López Atencio et al. (2008). Los participantes fueron 421 adolescentes, de los cuales el 56,5% fueron varones con un promedio de edad de 15,75 años y el 43,5 % fueron mujeres donde el promedio de edad fue 15,80 años. Para obtener la información y recolección de los datos de imagen corporal diseñaron y validaron un instrumento donde el participante seleccionó entre cuatro alternativas la opción que más representaba su condición para el momento, a su vez, el cuestionario para el registro de la conducta alimentaria fue diseñado y validado por expertos en el área como: nutricionistas, sociólogos y psicólogos clínicos. En el cuestionario se solicitaba al participante que documentara su conducta alimentaria de los últimos seis meses y la conducta alimentaria practicada para el control del peso. Los resultados evidenciaron que existió una relación significativa directa entre las mujeres que poseían una percepción de su imagen corporal caracterizada por el exceso y el riesgo asociado con los trastornos de la conducta alimentaria. Por otra parte con una frecuencia más alta (32,5%) los varones

poseían una percepción de la imagen corporal normal y delgada y con un 7,4% una percepción de la imagen con sobrepeso principalmente en las mujeres.

Años más tarde, San Mauro et al. (2014) analizaron los Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizaban ejercicio físico (habitualmente deporte) en centros deportivos de la Comunidad de Madrid, España a través de una muestra de 264 sujetos, de los cuales 156 eran hombres y 108 mujeres, utilizando un cuestionario ad hoc, el test de Adherencia a Dieta Mediterránea y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo [STAXI-2] versión española (Miguel-Tobal et al., 2001), el Cuestionario de Comedor Emocional [EEQ] adaptado (Garaulet et al., 2012) y la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire [MBSRQ] adaptado (Botella et al., 2008), dieron cuenta de que más del 50% de la muestra, presentaba preocupaciones por su aspecto físico. A su vez, al hacer una diferenciación por género, se observó que, el 66% eran de género femenino y el 45% de género masculino concluyendo de esta forma que el género femenino presentó más preocupación por verse mejor. También, se observó que la aceptación de la imagen estaba condicionada a la valoración de los demás. Como conclusión se destacó que la existencia de la influencia sociocultural aumenta la percepción de grasa corporal, la insatisfacción con la imagen y menor valoración del auto concepto físico.

En otro estudio, realizado en Medellín, Colombia por Restrepo y Castañeda (2018), se buscó analizar la relación entre el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria [TCA] y el uso de redes sociales en 337 mujeres con edades entre los 15 y los 30 años que llevaban más de 4 meses concurriendo al gimnasio. Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron los instrumentos EAT-26 (Cuestionario de Actitudes Alimentarias) versión en español y una encuesta sobre uso de redes sociales, diseñada por los autores la cual incluye 8 preguntas con respuesta categorial dicotómica si/no. Los resultados obtenidos arrojaron que 143 (47,5%) fueron los casos con riesgo de TCA y 158

(52,5%) sin riesgo. Los casos con riesgo fueron menores que los casos sin riesgo, no obstante se comparó por rango etario observando que de los casos con riesgo, el 52% estaba en la franja de edad de 18-24 años, el 42%, en la franja de edad de 25-30 años y por último el 36,4% de 15-17. Se determinó que el nivel educativo es un factor significativo siendo el 55,2% de las mujeres profesionales quienes poseían riesgo de desarrollar TCA. Finalmente, se encontraron asociaciones significativas entre el riesgo de TCA y algunos aspectos del uso de redes sociales.

En concordancia con el estudio anterior Castrejón (2018), a través de una investigación para su Tesis de grado, estudió las Actitudes Alimentarias de Riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos de conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de Trujillo, Perú. La muestra estuvo conformada por 110 usuarios de gimnasios a quienes se les administró el Test de Actitudes Alimentarias [EAT -26] y el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo [CBCAR]. Los resultados evidenciaron que entre los usuarios de gimnasios existió un 14,5% del total de la muestra que presentaban actitudes alimentarias de riesgo, siendo mayor el riesgo en mujeres (16,1%) con respecto a los hombres (13,0%).

Siguiendo con la búsqueda de analizar la relación que existe en la práctica de actividad física con el riesgo de desarrollar un TCA. La autora Pamies-Aubalat (2019) se enfocó en el análisis de la frecuencia, intensidad y duración, el tipo de actividad física y los motivos de la realización de esa actividad. La investigación se llevó adelante en la provincia de Alicante, España y la muestra fue conformada por 1130 mujeres adolescentes entre 11 y 19 años. Los instrumentos utilizados fueron el Eating Attitude Test [EAT-40] (Garner y Garfinkel, 1979) adaptado a la población española por Castro et al. (1991) y posteriormente validado como prueba de cribado de los TA en población general por Irala et al. (2008), la subescala de insatisfacción corporal del Eating Disorder Inventory [EDI-2] (Garner, 1998) y

el Inventario de Conductas de Salud en Escolares (The Health Behavior in Schoolchildren 1985/86: A WHO crossnational survey, Wold, 1995) adaptado a población española (Balaguer, 1999; Balaguer, 2002). Los resultados indicaron que las adolescentes que presentaban mayor probabilidad de desarrollar TCA fueron quienes indicaron que practicaban actividad física con el objetivo de perder peso y quemar calorías, a diferencias de las que presentaban menos probabilidad de desarrollar un TCA que indicaron realizar actividad física con el fin de buscar momentos de diversión entre amigos.

En el mismo año, el siguiente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en población universitaria. Fue llevado a delante por Posadas et al. (2019), los cuales utilizaron para la recolección de datos un Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo [CBCAR] elaborado con base en los criterios diagnósticos de los TCA del DSM IV. La muestra estuvo compuesta por 4446 estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana, con un rango de edad de 18 a 50 años, donde, la edad media de la población fue de 19 años, el 53.4% (n=2375) mujeres y el 46.6% (n=2071) hombres. La investigación arrojó que un 6.1% presento riesgo de CAR elevado, el 17.8% moderado y por último el 76.1% no presento riesgo, observando una prevalencia en mujeres del 3.7% y del 2.4% en hombres.

Con la misión de identificar Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad, Escolar-Llamazares et al. (2019) llevaron adelante una investigación constituida por 561 estudiantes de la Universidad de Burgos, España. Los instrumentos utilizados fueron dos: el primero con el propósito de recolectar datos como sexo, lugar de residencia, edad, facultad, entre otros. El mismo fue diseñado ad hoc y el segundo instrumento utilizado fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria Cuestionario de Remisión [EDI-3-RF] de Garner

(2010). Los resultados concluyeron que, constituyen una población vulnerable a desarrollar este tipo de trastorno los estudiantes universitarios del sexo femenino de entre 18 y 25 años.

También durante el mismo año, Caldera Zamora et al. (2019) realizaron un estudio para visualizar los “Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato” donde el fin último de este estudio fue identificar variables sociodemográficas y psicosociales que alerten de conductas alimentarias de riesgo [CAR] en estudiantes de bachillerato. El mismo conto con la participación de 988 adolescentes (541 mujeres y 447 hombres) de entre 14 y 18 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario de datos sociodemográfico para obtener datos de sexo, edad, horas de sueño al día y horas dedicadas al uso de Internet o redes sociales, un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo [CBCAR] (Unikel et al., 2004), un Cuestionario de la Forma Corporal [BSQ] [Cooper et al., 1987], y además, las siguientes escalas: Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos [AFA-R] (González y Landero, 2014), Escala de Ajuste Escolar [EAE-10] (Moral et al., 2010), Escala de Victimización en la Escuela [EVE] (Cava et al., 2007). También se utilizó el Inventario de Depresión de Beck [BDI] (Beck y Steer, 1984), la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck et al., 1979) y el Inventario de Estrés Académico [IEA] (Hernández et al., 1996). Como resultado se pudieron identificar distintas variables predictivas, entre las que destacaron la insatisfacción corporal, la depresión y el sexo (mujeres).

Un último estudio del mismo año, realizado por Díaz Gutiérrez et al. (2019), buscó analizar la relación existente entre insatisfacción corporal [INC], el estatus nutricional [ETN] y las conductas alimentarias de riesgo [CAR] en estudiantes universitarios de nutrición. La muestra estuvo conformada por 370 estudiantes de una universidad privada donde el porcentaje de mujeres participantes fue del 93.5% del total y la edad promedio fue de 19,5 años. Los autores del mencionado estudio utilizaron el Cuestionario Breve de

Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel et al., 2004). Para la evaluar la INC se utilizó el índice de discrepancia descrito por Bulik et al. (2001). El índice de masa corporal se midió acatando los puntos de corte indicados por la Organización Mundial de la Salud (1995) calculado a partir de la medición de peso y estatura. Los puntos de corte según la Organización Mundial de la Salud son bajo peso (< 18.5), normopeso (18.49-24.99), sobrepeso (25-29.99) y obesidad (≥ 30). Los resultados arrojan que aunque el 81% de los estudiantes era normopeso, el 72.3% presentaron INC. Por otra parte, los estudiantes con obesidad, sobrepeso o normopeso presentaron riesgo moderado de presentar CAR al igual que los estudiantes que manifestaron deseos de poseer una silueta más delgada. Otro dato importante que arrojo esta investigación es que se detectó que a mayor IMC hay una mayor cantidad de conductas compatibles con CAR como practicas excesivas de actividad física, desorganización al momento de preparar e ingerir alimentos, así como, utilización de purgantes y atracones, entre otros.

Al respecto, un año más tarde, otra investigación llevada a delante por Restrepo y Castañeda (2020), buscó evaluar el riesgo de TCA en mujeres colombianas que iban al gimnasio, la muestra estuvo conformada por 519 mujeres con edades entre los 15 y 50 años, a quienes se les administró un cuestionario sociodemográfico y El Test de Actitudes Alimentarias [EAT26] validado en población femenina de Medellín (David et al., 1993). Los resultados dieron cuenta de que si bien los porcentajes de mujeres sin riesgo de TCA (53,2%) fueron mayores a las que poseían riesgo (46,8%), se observó una diferencia significativa entre las edades que van entre los 30 y 34 años, y el rango de edad que es igual o mayor a 35 años siendo en este el porcentaje de mujeres con riesgo más alto. En conclusión, la correlación entre los factores y la puntuación total del EAT-26 y la medida de frecuencia de ejercicio físico no fue significativa pero si hubo una asociación entre el riesgo de TCA y la dieta para mejorar la imagen física.

Otro aspecto importante dentro de los TAC y los usuarios de gimnasios es la Vigorexia. Al respecto, se presenta un estudio que investigó las prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción, el cual fue realizado por Velazquez-Comelli (2020). Estuvo conformado por una muestra de 74 personas que entrenaban en gimnasios de Asunción, a quienes se les administro la Escala de Satisfacción Muscular [ESM] (González-Martí et al., 2012) que evalúa la presencia de Vigorexia y un cuestionario elaborado por la propia investigadora con enunciados relativos a datos sociodemográficos, de entrenamiento y dietéticos. Los resultados arrojaron que existía una adicción al ejercicio dado que el 75% entrenaba una hora o más por día. Finalmente, se registraron 38 casos de vigorexia, de los cuales 22 eran hombres y 16 mujeres.

En otro estudio realizado en adolescentes, Villalobos et al., (2020), buscaron determinar la evolución de las CAR en adolescentes mexicanos, 2006-2018, para ello se contó con la participación de 25.056 adolescentes en 2006 y 17.925 adolescentes en 2018. Se utilizaron los datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 y 2018-19 y se evaluaron las CAR con un cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo [CBCAR] (Unikel et al., 2004) el cual distinguía entre normativas y no normativas.

Resultó que la prevalencia de CAR normativas (recomendadas en la prevención de la obesidad) pasó de 11.9% (IC95%: 11.3-12.6) a 15.7% (IC95%: 15.0-16.5) y la de las CAR no normativas (no recomendadas) de 12.1 (IC95%: 11.4-12.9) a 21.9 (IC95% 21.0-22.9). Por otra parte, detallan que las CAR fueron más frecuentes en mujeres, en adolescentes con sobrepeso u obesidad, de nivel socioeconómico más alto y en localidades urbanas.

Pregunta de investigación

¿Cómo son las conductas alimentarias de las personas que practican actividad física en gimnasios de C.A.B.A. y G.B.A?

Relevancia

Relevancia Teórica

Siendo que la mayoría de los estudios realizados al momento sobre dicha temática no están enfocados específicamente en los usuarios de gimnasios se hace necesario generar contenido teórico, el cual pueda ser utilizado en espacios de aprendizaje para llenar el vacío de conocimiento.

Relevancia Práctica

Se espera, que los organismos involucrados en temas de salud pública de la República Argentina decidan incluir en su agenda este tema, desde un enfoque multidisciplinario y con la aprobación de leyes que acompañen, esta problemática partiendo de una mirada social y holística que permita desarrollar estrategias de prevención primaria y psicoeducación a fin de evitar, minimizar y abordar este trastorno y, desde ya, fomentar estilos de vida más saludables.

Relevancia Social

En este sentido, se propone generar conocimiento sobre esta temática y reflexionar sobre la importancia de detectar, de manera precoz, alteraciones de la conducta alimentaria entendiendo la importancia de este tema, en tanto es un problema de salud pública, donde pueden verse beneficiados todos los sujetos que no tengan una llegada certera a formas adaptativas de relacionarse con la alimentación.

Objetivos

Objetivo general

Conocer cómo son las Conductas Alimentarias que predominan en las personas que practican actividad física en gimnasios de C.A.B.A. y G.B.A.

Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra
- Comparar las conductas alimentarias de acuerdo a la frecuencia con la que los sujetos concurren al gimnasio a realizar actividad física.
- Comparar las conductas alimentarias de acuerdo a la cantidad de horas que los sujetos realizan actividad física.
- Indagar cómo son las Conductas Alimentarias en personas que practican actividad física en gimnasios de C.A.B.A. y G.B.A, según variables sociodemográficas como: Género, Edad, Peso, Altura, Nivel educativo, Lugar de residencia, Estado civil, Sí tiene Hijos, Sí trabaja, Con quien vive, Principal motivación para concurrir al gimnasio, Importancia de llevar una alimentación saludable e Importancia de la consulta y asesoramiento con un especialista en nutrición.

Hipótesis

Hipótesis general

Las personas que acuden con mayor frecuencia a gimnasios y dedican más de 4 horas diarias a la actividad física poseen mayor predisposición a presentar Conductas Alimentarias de Riesgo.

Hipótesis específicas

H1: A mayor IMC, mayor tendencia a poseer Conductas Alimentarias de Riesgo.

H2: Las mujeres poseen más predisposición a desarrollar Conductas Alimentarias de Riesgo que los hombres.

H3: Los sujetos que poseen mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de desarrollar Conductas Alimentarias de Riesgo.

Marco Teórico

Alimentación y Conducta Alimentaria

Proceso complejo, si lo hay, es la Alimentación. Se podría afirmar que la alimentación implica la decisión que asume un individuo al momento de elegir que alimentos va a consumir y cuáles no, pero esta afirmación no debería tomarse tan a la ligera. Para comenzar a hablar de alimentación primero se debe poner sobre la mesa de conversación y, en contexto, a la sociedad en la cual el individuo está inmerso o a su grupo de pertenencia, dado que, alimentarse va mucho más allá del acto de ingerir alimentos se trata más bien de una expresión de quien se es en un tiempo y espacio específico (Ayuso Peraza & Castillo León, 2017).

La alimentación es una parte fundamental y vital para la vida del ser humano. El primer contacto que el sujeto tiene con la alimentación viene de la mano de sus padres o cuidadores primarios a través de los cuales irán conociendo y adquiriendo hábitos de alimentación, generando nuevas experiencias y aprendizajes, usualmente antes de los 5 años de edad. La transmisión que se dará, de estos hábitos alimentarios estarán empapados por factores arraigados por los adultos como: la cultura, valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Todo lo adquirido, en la primera infancia, tendrá un papel fundamental para evitar, o no, el desarrollo de enfermedades asociadas con conductas alimentarias de riesgo como, rechazo a los alimentos, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa, entre otras (Osorio et al., 2001).

Conducta Alimentaria de riesgo [CAR]

Conductas Alimentarias de Riesgo [CAR] es un término que suele utilizarse para nombrar un “síndrome parcial” o “subclínico” de los cuadros que forman parte de los Trastornos de conducta Alimentaria [TCA] (Caldera Zamora et al., 2019).

El mismo constructo, Hunot et al. (2008), lo define como un desorden en la alimentación, obsesión por el control de peso y la alteración de la percepción de la imagen corporal. También, expone que los cambios físicos y psíquicos que se dan en la pubertad sumada a las presiones sociales de portar un cuerpo delgado pueden, en algunos casos, dar lugar al desarrollo de una conducta alimentaria de riesgo. Esto se potencia aún más si nos referimos a un grupo vulnerable como ser mujeres jóvenes.

Por otra parte, Bojorquez et al. (2013) aseguran que los ámbitos y la cultura a la que pertenecen las personas pueden marcar el desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo. Sin ir más lejos, en sociedades occidentales, se encuentran mujeres que se ven exigidas a alcanzar un estándar de belleza, por el simple hecho de pertenecer al género femenino, el cual les permita ser valoradas como tal. Los medios de comunicación, bombardean de imágenes e ideales de belleza poco reales aportando a la insatisfacción, que al no poder alcanzarlo con el propio cuerpo abre el camino hacia el desarrollo de una conducta alimentaria de riesgo.

Siguiendo en la misma línea, Villalobos et al. (2020), sostiene que las CAR, si bien tienen un origen multicausal, a nivel poblacional se relaciona a una presión sociocultural la cual pegona una imagen de belleza, la cual, incluye una imagen delgada. Estos mensajes favorecen a que los individuos estén atentos a esa imagen y al control de su peso conductas que, abren el camino y puesta en práctica de conductas compatibles con una CAR como ser ejercicio excesivo, restricción dietaria y gran preocupación por el peso corporal, así como, infringirse el vómito y utilización de laxantes y diuréticos.

Profundizando en la temática, Caldera Zamora et al.(2019), realiza una enumeración de los factores relacionados con las CAR siendo los siguientes: interiorización del ideal de belleza, índice de masa corporal, insatisfacción corporal, depresión, críticas familiares en

relación al peso corporal, edad, bajo nivel de autoestima, estrés, impulsividad, ideación suicida y pertenecer al sexo femenino.

De acuerdo a la literatura vigente, se resalta que para que exista un trastorno de la conducta alimentaria propiamente dicho, primero debió haber existido una serie de indicadores compatibles con una conducta alimentaria de riesgo como dietas restrictivas y problemas con la imagen corporal. Según las estadísticas, estos trastornos son más frecuentes en mujeres y particularmente en adolescentes (De la Vega-Morales y Gómez-Peresmitre, 2012).

En esta misma línea, Altamirano Martínez et al. (2011), retoman la teoría del continuo propuesta por Nylander (1971), la cual propone que, en un polo se alojan las conductas alimentarias normales, en el centro las CAR y en el otro polo los trastornos de la conducta alimentaria. Además se detallan algunas características de las CAR las cuales están todas apuntadas a controlar o disminuir el peso corporal, a saber: abuso de laxantes o purgantes, dietas híper restrictivas, realizar ejercicio físico de modo exagerado, ayunos repetido, prolongados y sin control médico, entre otras.

Por otro lado, y retomando al último autor citado, Altamirano Martínez et al. (2011), menciona que la baja autoestima y a la imagen corporal [IC] son dos factores determinantes en el desarrollo de una CAR. La IC se presenta muy fuerte durante la adolescencia, etapa que refiere a un momento crucial para este grupo, el cual se encuentra muy marcado por la presión social de belleza y pertenencia. Esto está ligado directamente con la baja autoestima y a medida que baja la autoestima aumenta también lo hace el esfuerzo por conseguir una deseada IC.

Por lo antedicho, la coincidencia en los autores citados en la multicausalidad de esta problemática, se considera de suma importancia tener una mirada alerta, una escucha activa

y una perspectiva biopsicosocial ante estos indicadores dado que, de poder identificarlos a tiempo, quizás, se podría evitar su avance y transformación un Trastorno Alimentario.

Caracterización de las CAR

Al momento no hay un instrumento capaz de diagnosticar la enfermedad como tal, sin embargo, se describe en la literatura existente sobre el tema bastos instrumentos capaces de identificar síntomas o características psicológicas asociadas a las CAR, consideradas nocivas para la salud psicosocial del paciente (Unikel Santoncini et al., 2017). Resulta de suma importancia distinguir cada una de ellas para su posterior identificación teórica.

Deseo de Adelgazar o Idealización de la Delgadez [DA]

En los años 90, se han marcado fuertes inclinaciones por el modelo *pro-delgadez* importado desde los países más desarrollados del mundo el cual ha sido incorporado por la comunidad de jóvenes y adolescentes como un modelo a seguir. Este modelo, que hace un culto a la belleza y a la delgadez, conlleva una preocupación por verse cada vez mejor y está íntimamente relacionado con el desarrollo de un Trastorno Alimentario (San Mauro Martin et al., 2014).

Cabe destacar que las personas que padecen este trastorno quedan presos dentro un concepto sobrevalorado de la idea de belleza, lo cual, les genera mucha insatisfacción, inseguridad y una alteración en el comportamiento social (Losada & Lupis, 2018).

Sobre la internalización del ideal de belleza, la delgadez, según diversos autores, que se han explayado en el tema, concuerdan en que las personas que siguen este ideal se verán frente a cambios de tipo cognitivo y comportamental, así como también, experimentaran otros factores asociados como la insatisfacción corporal y comportamientos compensatorios como el ejercicio excesivo, uso de laxantes, entre otros, como medio para impedir el aumento de peso (Saffon & Saldarriaga, 2014).

Insatisfacción Corporal [INSC]

Cuando la imagen sobre el propio cuerpo, que se representa en la mente de las personas, no concuerda con el cuerpo real, entonces, se puede decir que se está en presencia de una distorsión de la imagen corporal (Bobadilla-Suárez y López-Avila, 2014).

Por ende y de acuerdo con Duno y Acosta (2019) se plantea que la imagen corporal está compuesta a partir de la historia psicosocial de la persona con una destacada participación de la autoestima y el auto concepto que la persona tenga de sí mismo, por tanto, se entiende como una variable presente a lo largo de la vida.

Como ya se ha mencionado, la imagen percibida o deseada del propio cuerpo puede no coincidir y esta situación genera un desajuste en el bienestar del sujeto, desajuste que Loaiza y Haney et al. (2017), clasifican en dos dimensiones las cuales se integran entre sí a) interpersonales: referidas a factores socioculturales influyentes y b) intrapersonales: referidas a las características propias de cada persona e.g. la masa corporal.

Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal [PPIC]

Asimismo, el autoconcepto que una persona tiene de sí mismo está atravesado por factores internos y externos. Allí se juegan, los ideales propios del sujeto vs. los de sus progenitores o personas significativas, en comparación con los ideales que exige la sociedad. La preocupación por el peso es una preocupación que se ve reflejada más frecuentemente en las madres y en mayor proporción hacia las hijas mujeres. Las investigaciones sobre el tema, señalan que la preocupación por la imagen corporal se inicia en la infancia y se mantiene en la adolescencia y que el origen de ésta preocupación se remonta a experiencias adversas, creencias familiares y, desde ya, a aspectos socioculturales (Facchini, 2006).

Actitudes Negativas hacia la Alimentación [ANA]

Las actitudes comportamentales cotidianas que una persona sostiene más o menos en el tiempo pueden determinar situaciones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza. Se podría decir que si una persona mantiene un estilo de vida forjado sobre las bases de hábitos de alimentación saludable, de forma más o menos sostenida, debería tener un estilo de alimentación seguro. A su vez, el mantenimiento de un estilo de vida saludable depende de muchos factores como patrones de conducta, creencias, hábitos, etc. Pero también es producto de la historia personal de cada sujeto, vinculado a lo social y ambiental. Es importante, para la adopción de estilos de vida saludables de parte de los individuos, que se los provea de información sobre este tema dado que está comprobado que la información y conocimiento al respecto es un indicador para la iniciación del cambio conductual (Arrivillaga, 2003).

Inseguridad Social [IS]

A lo largo del proceso de desarrollo de cada individuo se torna indispensable el apoyo social, la búsqueda de compañía de otras personas en quienes apoyarse en momentos que la vida se torne estresante y de esta manera, en conjunto, estos momentos incluyan una carga menos intensa. Un deterioro en los lazos sociales o ausencia de este apoyo, repercute significativamente en una cantidad de problemáticas que alteran la salud física y mental de los sujetos, el bienestar y calidad de vida de las personas. Al respecto, el apoyo social (familia, amigos, vecinos, vínculos cercanos) que reciben los individuos se considera de gran importancia para la salud en general, por consiguiente, se podría concluir que, la ausencia de estos repercute en un sentimiento de inseguridad o bien de tensión con el medio social en el cual la persona se vincule (Orcasita & Uribe, 2010).

Baja autoestima

El termino autoestima es un término que al momento no tiene un consenso teórico, por lo cual, dependiendo de la fuente se pueden encontrar diferentes definiciones del mismo.

Para Risoto et al. (2017), la autoestima es el conjunto de la valoración, el respecto, la confianza y la mirada que se tiene hacia si mismo y será, con ese conjunto de factores, con los que el individuo enfrentara su cotidianeidad.

En tanto factor multidimensional, la autoestima incluye los aspectos más positivos pero también los menos valorados de los individuos (Gonzales Martínez, 1999). Reyna-Figueroa et al. (2021), recoge datos de la OMS y señala que la autoestima está vinculada a un monto de sentimientos tanto positivos como negativos que tienen los individuos sobre sí mismos. Al respecto, continúa diciendo que la autoestima tiene carácter de regulador psicológico y se apoya sobre los cimientos de la autoconciencia con una tendencia al logro de objetivos.

Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico tiene que ver con la posesión de un propósito que le dé sentido a la vida. Esto generara que el individuo se platee metas, se vaya perfeccionando, asumiendo retos y superándose constantemente a los fines de alcanzar sus objetivos. Este bienestar psicológico va fluctuando a lo largo de la vida (Mayordomo et al., 2016).

El mismo autor marca dos miradas del bienestar psicológico, la hedónica o subjetiva asociada a la ganancia de placer y felicidad como fin último y la eudaimónica la cual hace referencia a tener una meta en la vida, seguir las metas propias logrando una autonomía del contexto lo cual habilite la posibilidad para elegir los entornos sociales que favorezcan el crecimiento personal (Mayordomo et al., 2016).

Perfeccionismo [P]

Se define al perfeccionismo como la persecución de elevados estándares en el desempeño diario, que se conjugan con una preocupación y pensamiento rígido con respecto a la posibilidad de cometer errores sumados a la realización de constantes evaluaciones criticas buscando siempre el logro de ideales. Se piensa al perfeccionismo como unos de los

tantos rasgos y factores de riesgo que toman una importancia significativa a la hora de conceptualizar los trastornos de la conducta alimentaria. Sucede que, los pacientes que padecen de este trastorno conviven con la presencia de una alta expectativa, pero a la vez, se torna poco realista la percepción de la apariencia física y la delgadez (Scappatura et al., 2017). Por ende, se establece que el perfeccionismo, en tanto rasgo de la personalidad, está vinculado con el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria (González, 2019).

Bulimia [B]

Los individuos afectados por esta patología presentan dificultades en el proceso de la información, toma de decisiones y en la coherencia central con una particular interpretación y foco en los índices de masa corporal. También, manifiestan dificultades en el control de impulsos con una marcada necesidad de obtener una gratificación inmediata. Estas características se presentan en el aspecto alimenticio, y además, en otras áreas de la vida como vínculos sociales, uso y abuso de sustancias, entre otras (Solano Pinto et al., 2018).

Lladó et al. (2017) caracteriza a la Bulimia Nerviosa [BN], como la realización desmedida de ingestas de comida en periodos de tiempo muy cortos (atracones), acompañadas, de manera reiterada por conductas compensatorias inapropiadas como ser, uso y/o abuso de laxantes, diuréticos y auto provocación del vomito como mecanismo para evitar el aumento de peso.

Imagen Corporal [IC]

La imagen corporal se torna verdaderamente importante durante etapas de la vida que suelen ser vulnerables, como lo son, la infancia y la adolescencia. La misma es la manera en la que un individuo se imagina o auto percibe y también como actúa con respecto a su propio cuerpo. La valía que los individuos en general y los adolescentes en particular le

dan a la imagen corporal está en gran parte mediada por los estereotipos que promueven la belleza y cuerpos delgados como sinónimos de éxito social (Trejo Ortiz et al., 2010).

Ramos Valverde et al. (2010) en coincidencia con el autor citado con antelación, manifiesta que la adolescencia al ser una etapa de la vida donde se producen cambios a nivel fisiológicos, psíquico, cognitivo y desde ya sociales, es una etapa donde la imagen del propio cuerpo se transforma en un tema destacado. A su vez, expone que existen ciertas diferencias cuando se observa cómo se desarrolla esta preocupación por el cuerpo según el género. Y aclara que, mientras que en el sexo masculino la importancia de la imagen radica en obtener un aumento de la masa muscular (músculos), en el sexo femenino se ve asociado a ideales de belleza donde se busca alcanzar cierta delgadez. El problema en este último caso es que, en ocasiones, se busca y alcanza una delgadez por debajo de lo consensuado como saludable.

Haciendo un breve recorrido histórico sobre el término, se evidencia que la IC no es un término estático, por el contrario, fue cambiando a lo largo de la historia de la humanidad y de la vida de los individuos. Los ideales de belleza han ido actualizándose y han pasado desde valorar a la reproducción de la especie, en la prehistoria, a asociarse al éxito personal, profesional y social fuertemente desde el siglo XX, centrándose este ideal de belleza, como ya se ha mencionado, en el género femenino que evidencia su tendencia por alcanzar una delgadez extrema y en el género masculino en mostrar una silueta musculosa (Muñoz López, 2014).

Al respecto, el IC está considerado como uno de los principales factores que está presente de manera significativa en la insatisfacción corporal (Trejo Ortiz et al., 2010). Asimismo, ésta estrechamente ligada con la baja autoestima, depresión y al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo o bien con la BN y la anorexia (Díaz, 2012).

Varios autores concuerdan en que tanto la IC como la insatisfacción con el propio cuerpo están directamente relacionados con el desarrollo de CAR. Ahora bien, paradójicamente, un estudio realizado por Gili et al. (2015, citado en Alcocer, 2019), han realizado una investigación para poder determinar cuál es la probabilidad de desarrollar TCA en estudiantes de la carrera de nutrición. Este estudio se llevó adelante en varias universidades de Argentina y encontraron que el 13,3% de un total de 414 estudiantes, presentó riesgo de padecer TCA. Y este riesgo se vio reflejado más directamente en los dos primeros años de la carrera.

La Alimentación y los Estereotipos Sociales

La sociedad actual se encuentra expuesta a una cascada de mensajes y comunicaciones que tienden a confundir al mostrar cuál es el ideal de belleza que se debe alcanzar para ser exitoso y aceptado dentro de la sociedad. En este sentido, parece ser que, en las sociedades donde se pregona y se exhibe este modelo, haciendo creer que el cuerpo hiper delgado es sinónimo de éxito social, inteligencia y valía, entre otros atributos, es donde más se asocian las conductas alimentarias de riesgo. Al respecto, en las sociedades más complejas o más urbanizadas es donde aumenta la probabilidad de observar problemáticas vinculadas a la alimentación ya que tendrían más exposición a alcanzar este ideal de belleza (Behar, 2010).

Para Sesento et al. (2018) parece estar claro que los estereotipos afectan a todos pero también parece no haber duda en que no afectan a todos por igual. La mujer ha sido *blanco* de estos estereotipos impuestos desde la publicidad y los medios masivos de comunicación.

Al parecer, los medios masivos de comunicación, son uno de los tantos canales desde donde se difunden estos estereotipos de belleza y por carácter transitivo se los considera un factor clave en la aparición y mantenimiento de trastornos relacionados con la alimentación. Cuando una persona posee una baja autoestima, no está satisfecha con su

imagen corporal y está expuesta a factores socioculturales donde lo único que se celebra es la delgadez como sinónimo de éxito y aceptación es probable que estas características sea un disparador para un posible trastorno alimentario (Pérez-Lugo et al., 2016).

Por lo expuesto, es frecuente que individuos queden atrapados dentro de estos ideales de belleza, que al querer alcanzarlos, caen en la realización de ciertas conductas inapropiadas relacionadas con la comida que ponen en riesgo su salud, los vínculos íntimos y sociales. Al respecto, estos individuos tienden a manejarse por compensación psicológica, según los estados de ánimo, de manera tal que, podrían comer o no comer o bien seleccionar que alimentos ingerir e.g. comer o no por tristeza, comer o no por alegría, comer o no por ansiedad, etc. (De Jesús et al. 2010).

La alimentación y las emociones

Las emociones están relacionadas con los cambios de estados afectivos que las personas experimentan. Es una respuesta al ambiente que se da de forma intempestiva, abrupta, intensa o como algo pasajero. Cómo será la vivencia de esa emoción dependerá de la experiencia previa. La experiencia de la emoción trae con ella una serie de actitudes y creencias que la persona tiene sobre el mundo y es con éstas con las que valorará una situación en particular (Guerri, 2021). Son capaces de modificar la realidad tal cual es percibida por el sujeto, así como también, son respuestas involuntarias a un cambio interno de tipo fisiológico y mental (Nin Marquez, 2016).

Según Greenberg (2000) las emociones son procesos organizadores que trabajando en conjunto con la razón permiten crear sujetos más poderosos que se adapten rápidamente a ambientes que fluctúan constantemente y puedan resolver problemas. Este autor, ofrece una clasificación de las emociones en primarias, y secundarias, las cuales se vuelven a clasificar en adaptativas o desadaptativas, y por último en instrumentales. Cada una de estas cumple una función específica e imprescindible y es importante que el sujeto las reconozca. Por el

lado de las emociones primarias, son respuestas viscerales, que se dan de manera rápida para dar respuesta a algo que acontece en el aquí y ahora. Las principales son: alegría, sorpresa, tristeza, ira, miedo y asco. En el caso de las emociones secundarias, vinculadas a lo sociocultural que responde a un pensamiento primario. Son estas emociones las que se exploran para poder encontrar cual es el verdadero origen. Entre estas se encuentra: la felicidad, el amor, la vergüenza, la culpa y el orgullo. Un ejemplo frecuente se ve en el género masculino que culturalmente tiene prácticamente prohibido expresar miedo y a causa de esto solo se muestran enfadados o molestos.

Por ultimo las emociones instrumentales son emociones que se utilizan, dado que se tiene conocimiento o no que al hacerlo las demás personas actúan del modo esperado. Se podría decir, que también se utilizan a modo de persuasión y/o manipulación.

Asimismo, Badenes et al. (2000) describen a las emociones primarias como felicidad, tristeza, enfado, sorpresa, etc., pero se detienen en las emociones secundarias como en la culpa, el orgullo, la vergüenza, etc., y señalan que estas, vinculadas íntimamente con la adquisición de normas y valores inherentes a la sociedad a la cual pertenecen las personas, son una construcción social.

Harris (1992), citado en Badenes et al. (2000), detalla que estas emociones están asociadas directamente a dos aspectos: la responsabilidad personal y cierta respuesta a las normas y valores definidos socialmente. Entonces, concluye que, con un papel social destacado, las emociones secundarias, aportan a regular la interacción social y previene las conductas des adaptativas.

Se entiende que tres componentes individuales, según Peña Fernández y Reidl Martínez (2015), son los que alteran la elección o selección de alimentos. Estos componentes son: cognitivo, conductual y afectivo. Estos autores resuelven en su estudio que el componente afectivo es donde se hace presente una dialéctica entre emociones y

alimentación. Esto mismo hace de éste un componente por demás complicado, afirmando que, las emociones y los estados de ánimo pueden condicionar conducta alimentaria y paralelamente las emociones, a su vez, los estados de ánimo pueden ser modificados por la alimentación o los alimentos que se eligen consumir.

Es importante que se pueda reconocer, comprender y nombrar las emociones reales, ya sean negativas o positivas para que los sujetos puedan trabajar en ellas. Al no hacer esto, es probable que el sujeto caiga en conductas alteradas emocionalmente e.g. comer ante la tristeza. Da aquí, surge la importancia de hacer partícipe tanto a la emoción como a la razón y tener una nueva mirada sobre lo que acontece (Nin Marquez, 2016).

La Alimentación y Las Cogniciones

El modelo cognitivo de Beck (1970; 1976), citado en Beck (2015), propone que las alteraciones psicológicas poseen como punto en común una perturbación del pensamiento, una distorsión cognitiva y esto terminara por determinar la conducta y estado de ánimo del sujeto. Por lo cual, si existe la posibilidad de modificar los pensamientos también es posible modificar las conductas y los estados de ánimo. Asimismo, la Terapia cognitiva de Beck, (1970,1976) tiene como fundamento que las personas no sufren por el suceso en sí que están atravesando, sino por la interpretación que hacen del mismo (García-Allen 2021).

En dicho modelo, según Nin Marquez (2016), sucede que el pensamiento comete un error de forma sistemática al procesar la información que el individuo recibe del mundo exterior, de sí mismo, de los demás o del futuro. A esto se lo denomina distorsiones cognitivas.

Beck (1976) describe los esquemas cognitivos como pautas cognitivas con las que se seleccionan y se pasa en limpio la información que proviene del exterior. Estos esquemas cognitivos, los cuales se presentan sin muchos cambios, son los cimientos desde donde se realiza la interpretación de la realidad. Por lo tanto estos esquemas cognitivos estructuran el

pensamiento generando errores en el mismo (Camacho, (2003). Asimismo, los esquemas están conformados por las creencias y estas creencias sería aquello sobre lo cual el individuo cree y toma como verdad ultima (Nin Marquez, 2016).

Hay distintos tipos de creencias, las creencias nucleares, las cuales nos permiten dar cuenta de quien se es. Son creencias que se mantienen firmes sin cambios. Hacen referencia a las creencias más íntimas y valores por lo tanto generan estabilidad. Son constitutivas del propio self (Camacho, 2003).

Otro tipo de creencias con las creencias intermedias. Estas creencias no involucran a los aspectos íntimos de la personalidad más bien se vinculan con aspectos más periféricos y son más fácilmente modificables (Camacho, 2003). Están conformadas por reglas y supuestos (Nin Marquez, 2016).

Dentro de este modelo también se describen los pensamientos automáticos, estos son conscientes y se los puede representar como la expresión clínica o expresión tangible de las creencias. Sin embargo, son fugaces, se presentan intempestivamente alterando el curso normal del pensamiento. Son evaluativos, breves y se los considera 100% veraces. Generalmente las personas no tiene total consciencia de sus creencias pero si pueden tenerla de sus pensamientos automáticos (Camacho, 2003).

En relación a lo expuesto, Nin Marquez (2016) aporta que en la evaluación de la conducta alimentaria también se presentan distorsiones cognitivas. Estos pensamientos erróneos con una marca cultural, costumbres y hábitos presentes desde la infancia se van afianzando conforme avanza la experiencia.

Algunos pensamientos erróneos al respecto pueden ser e.g.:

- *“por más que coma menos sigo engordando”*
- *“engordo porque me cambio el metabolismo”*

- *“con el peso al que llegue ya estoy perdido, jamás poder recuperar mi peso saludable”*

Al respecto de lo descripto hasta el momento y acorde a la bibliografía citada, se puede considerar de relevancia poder analizar cómo las CAR se manifiestan puntualmente en individuos que están expuestos a la realización de actividad física de forma excesiva o abusiva.

El abuso de la actividad física y las CAR

Realizar ejercicio físico, ejercitar el cuerpo, diaria y moderadamente siempre se ha considerado una de las tantas actividades saludables y recomendadas por especialistas de la salud o bien por la OMS (2017), la cual manifiesta que uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como por ejemplo: accidente cerebrovasculares, diabetes y cáncer es la ausencia de la actividad física.

Pero, ¿qué sucede cuando esta actividad física se realiza de forma excesiva? Para responder a este interrogante el autor Jáuregui Lobera (2008), informa que, dentro de los factores de riesgo identificados para la aparición de trastornos alimentarios, se encuentra el deporte o el ejercicio físico. Y, a fin de esclarecer cuál es la relación que existe entre el ejercicio y los trastornos de la alimentación, aporta algunas consideraciones que pueden explicarlo. Por un lado, puede darse por una relación de atracción donde se camufla detrás del ejercicio la patología en sí. Podría decirse entonces que, el ejercicio suele ser considerado saludable, por lo cual, bajo esa premisa no despertaría mayor inquietud. Además es una forma de perder peso rápidamente. También podría darse una relación causal.

Es decir, a causa de la disminución de peso que deviene del ejercicio excesivo y por último pero una relación de precipitación donde la misma intensidad de la actividad física sumado a una vulnerabilidad de los sujetos termina por direccionarlos a una alteración en la

alimentación. También aporta, que dentro de los trastornos de la alimentación la hiperactividad no es excluyente al ámbito del ejercicio físico sino que, suele trasladarse a las actividades cotidianas las cuales siguen un patrón compulsivo (Jáuregui Lobera, 2008).

En esta misma línea, Hernández-Alcántara & León Hernández (2012), hacen hincapié en la funcionalidad de la realización del ejercicio físico donde por un lado se presenta a la actividad física como generadora de grandes beneficios para la salud y por otro lado podría oficiar como la puerta de entrada a los trastornos alimentarios. Al respecto, plantea que el factor de riesgo se hace presente cuando erróneamente se considera como único factor a la práctica de actividad física para el control de peso o como vehículo para obtener el cuerpo ideal.

Martenstyn et al. (2021) señala que realizar ejercicio físico de forma excesiva enfrenta a quienes la realizan con la necesidad imperiosa de llevarla a cabo pero también la imposibilidad de dejar de hacerlo aun sabiendo los riesgos que este exceso trae para su salud. La *vigorexia* o dismorfia muscular es también una característica de quienes realizan actividad física de forma excesiva. Entiende una preocupado por no ser lo suficientemente musculoso. Aunque no es una patología exclusiva del género masculino es donde más se observa.

Existen recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud según la OMS (2017):

- Los niños y jóvenes de 5 a 17 años, se recomienda 60 minutos diarios de actividad física aeróbica de intensidad moderada
- Adultos de 18 a 64 años, se recomienda como mínimo 150 minutos por semana de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos por semana de actividad física aeróbica vigorosa.

- Adultos mayores (de 65 años en adelante) se recomienda como mínimo 150 minutos de actividades físicas por semana con una intensidad moderada de tipo aeróbicas, o bien 75 minutos semanales de algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

Practicar actividad física no controlada por profesionales, fuera de un grupo de contención más dieta restringidas presentan más probabilidades de desarrollar conductas alimentarias de riesgo que aquellas que lo hacen dentro de un marco institucional controlado y puede ser un factor predisponente para comprender y adoptar un perfil más saludable (Hernández-Alcántara & León Hernández, 2012).

Síntesis argumentativa

Antes de que se detecte un Trastorno de la Conducta Alimentaria propiamente dicho existe un largo camino penumbroso, silencioso, con mensajes subliminales y confusos, frustraciones, enojos, entre otras situaciones. En tanto se pueda concientizar esta situación, existirá la posibilidad de intervenir e intentar modificar el final de ese largo camino. Pudiendo comprender que existen conductas alimentarias de riesgo las cuales fueron definidas por Hunot et al. (2008) como desorden en la alimentación, obsesión en el control de peso y alteración de la percepción de la imagen corporal, las cuales están a la vista de la mayoría de los seres humanos pero, paradójicamente, invisibilidades pero muchos. Esto mismo podría, no solo evitar un problema de salud serio sino también, fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

Como se ha señalado el desarrollo de la conducta alimentario es un proceso complejo del cual participan factores psicológicos, sociales y culturales Osorio et al. (2002). Como factor cultural, el ámbito en el cual el individuo se desarrolle y sobretodo en la primera infancia tendrá un peso fundamental a la hora de formar hábitos de alimentación.

De esta situación se adquirirán creencias, costumbres, hábitos, valores, etc. (Osorio et al., 2001).

Desde el punto de vista social, los medios masivos de comunicación, las revistas, los sitios digitales, las publicidades, etc., ofrecen todo tipo de mensajes acerca de un estereotipo de belleza y pro delgadez como sinónimo de éxito inalcanzable para muchos, fortaleciendo, en algunos casos y principalmente en mujeres jóvenes, la disconformidad con el propio cuerpo (Bojorquez et al., 2013)

Desde una mirada psicología, este descontento con el propio cuerpo habla de cierta insatisfacción con uno mismo, baja autoestima y depresión (Díaz, 2012).

Como una forma de mejorar la imagen corporal y encajar en la sociedad las personas pueden interpretar que una forma de alcanzar ese ideal de bellezas es teniendo una figura delgada, bella, esbelta, como las que se ofrecen casi todo los que nos rodea. Este pensamiento, lleva a concretar conductas de riesgo como ejercicio en exceso, dietas restrictivas, auto provocarse el vómito etc. (Pérez-Lugo et al., 2016).

Es por esto que este trabajo se propuso investigar cuales eran las conductas alimentarias de riesgo en personas que hacen actividad física en gimnasio de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Dado que el rastreo del estado del arte del presente trabajo acompañan la hipótesis principal de esta investigación arrojando evidenciando que las personas que acuden con mayor frecuencia a gimnasios y a la actividad física tienen mayor predisposición a presentar conductas alimentarias de riesgo Jáuregui Lobera et al. (2008).

Por dicho motivo, se hace importante fomentar hábitos de alimentación saludables desde la primea infancia aportando y creando conocimiento a cargo no solo de la familia o cuidadores primarios sino también desde la escuela, los medios masivos de comunicación y programas de intervención desde el Estado, quien por su parte, deberá establecer políticas de salud pública que acompañen este interés desde la prevención primaria y la psi coeducación,

todo esto, con el fin de crear y fomentar infancias saludables, con más oportunidades y menos restricciones evitando, minimizando y abordando esta problemática con una mirada holística y, desde ya, con el ánimo de fomentar estilos de vida más saludables.

Metodología

Diseño

Para esta investigación se realizó un diseño cuantitativo no experimental, ya que no se manipularon las variables. Su alcance es descriptivo ya que se analiza una variable en uno o más grupos. Asimismo, presenta un corte de tipo transversal debido a que los instrumentos serán administrados un único momento.

Muestra

El muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional o aleatorio. Al respecto, la muestra estuvo conformada por 102 sujetos de los cuales el 78,4% pertenece al género femenino y el 21,6% al género masculino, donde el 79,4% fueron habitantes del Gran Buenos Aires y el 20,6% de CABA, que poseían entre 18 y 45 años de edad y concurrían al gimnasio. Como criterio de inclusión se consideró el rango etario y como criterio de exclusión se consideró estar atravesando tratamiento psiquiátrico. Y la consistencia interna del Test utilizado, ICRA, donde, a consecuencia de esto, se pudo excluir inventarios que no representaban la confiabilidad esperada para ser considerados en la presente investigación.

Instrumentos

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos con el fin de lograr los objetivos del estudio.

- Cuestionario sociodemográfico confeccionado Ad-hoc para los fines de la investigación: el cuestionario aportó datos relevantes como género, edad, peso, altura, nivel educativo, hábitos alimentarios frecuentes y frecuencia en el uso de Gimnasio.

- ICRA, Inventario para la evaluación de conductas relacionadas con la alimentación, (Pérez y Becerra, 2012).

Dicho inventario evalúa la presencia de conductas relacionadas con la alimentación, ICRA, es una técnica de Screening, con escala likert, la cual tiene una duración de

realización aproximadamente 10 minutos, compuesta por 107 ítems que evalúan rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión y el tratamiento adecuado de los trastornos en la alimentación, siendo útil no solo para la identificación de sujetos en riesgo, sino también para el seguimiento y control de avances en el trabajo con pacientes con TCA.

Los ítems se distribuyen en 15 dimensiones de análisis, las 6 primeras, llamadas escalas básicas, vinculadas directamente con pensamientos, creencias o conductas estrechamente asociadas a los síntomas de TCA y las siguientes 7 escalas, llamadas complementarias, referidas a dimensiones psicológicas que resultan de utilidad para el seguimiento y caracterización de pacientes con TCA.

Además de las 15 dimensiones, se incluyen 4 escalas de validez, que intentan detectar distorsiones importantes en las respuestas, derivadas del azar, o de la intención de brindar ante el evaluador una imagen diferente a la real (ya sea más favorable o más negativa) para conseguir atención u otro tipo de beneficio y que permiten estimar el grado de confiabilidad de las inferencias que se desprenden del resto de las escalas.

El inventario presenta 4 opciones de respuesta posibles, con puntaje entre 1 y 4 (Nunca/ Casi nunca, Algunas veces, Generalmente y Siempre / Casi siempre). Se entiende que a mayor puntaje, mayor frecuencia o mayor identificación con la dimensión evaluada.

Escalas básicas

1) DA Deseos de adelgazar: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta escala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso (ítems 1, 14, 27, 40, 53, 65, 70*).

2) BU Bulimia: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva (ítems 2, 15, 28, 41, 54, 66).

3) INSC Insatisfacción corporal: sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal” (ítems: 3, 16*, 29, 42*, 55, 67*, 71, 74*).

4) ANA Actitudes negativas hacia la alimentación: Los ítems que componen refieren a sentimientos, creencias y conductas negativas respecto a los hábitos de alimentación considerados comúnmente saludables, Las personas que puntúan alto en esta escala, dan cuenta de un riesgo mayor a padecer sintomatología asociada a estos trastornos (ítems: 4, 17, 30, 43, 56, 68, 72, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89*, 91, 93).

5) PPIC Preocupación por el peso y la imagen corporal: Al igual que la escala anterior, esta dimensión evalúa actitudes asociadas a un riesgo elevado para el padecimiento de trastornos de alimentación. Puntajes altos señalan una preocupación excesiva sobre el peso y la imagen corporal (ítems: 5, 18, 31, 44, 57, 69, 73, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 95, 96, 97).

6) IC Ítems críticos: Los ítems agrupados en esta dimensión, resultaron en estudios internacionales, válidos para diferenciar a los sujetos sin trastornos de aquellos que se encontraban en tratamiento por trastornos de alimentación (ítems: 6, 19, 32, 45).

Escalas complementarias.

7) INF Sentimientos de ineficacia: presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre auto concepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad” (Ítems 7, 20, 33, 46*, 58).

8) DE Desconfianza: existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas (Ítems 8*, 21*, 34, 47*, 59*).

9) AX Alexitimia: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales (Ítems 9, 22, 35, 48, 60).

10) ASC Ascetismo: tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol (ítems 10, 23, 36, 49, 61).

11) IMP Impulsividad: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática (ítems 11; 24, 37,50, 62).

12) INSS Inseguridad social: creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad (ítems 12*, 25*, 38*, 51*, 63*).

13) BP Bienestar Psicológico: Se agregaron ítems para la evaluación de indicadores de bienestar psicológico. Las personas que refieren trastornos, suelen autoperibirse con un bajo nivel de bienestar. Puntajes elevados en esta escala, estarían asociados a una baja probabilidad de presentar trastornos de alimentación (ítems 13, 26, 39, 52, 64).

14) PF Perfeccionismo: presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas (ítems 98, 100, 102, 104, 106).

15) MC Miedo a crecer: hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto (ítems 99, 101, 103*, 105*, 107).

Posee un alfa de Cronbach para cada una de las escalas que varían entre .51 y .93 con una media de .70 para la escala total.

Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se comenzó con la recolección de la muestra de forma presencial en las instalaciones de dos gimnasios seleccionados por proximidad previa autorización por parte del responsable del área de administración de las instituciones. La administración se llevó a cabo en el mes de Noviembre, 2018 y a esa fecha se administraron 43 inventarios a los usuarios de la sala de musculación de ambos gimnasios a los cuales primero se les explico cuál era el fin de tomar estos inventarios y cuál era el tema que se abordaría. Se les entrego en mano el protocolo, compuesto de un consentimiento informado, un Cuestionario Sociodemográfico y el Inventario para la evaluación de conductas relacionadas con la alimentación (ICRA) respectivamente. Se le informó a cada participante del carácter confidencial de los mismos. El evaluador permaneció en las instalaciones hasta que me entregaron los protocolos completos.

Ya habiéndose declarado la pandemia y el aislamiento social, preventivo y obligatorio se optó por emplear una modalidad virtual para poder recopilar el total de la muestra deseada. A tal fin, se utilizó el formulario de Google Forms donde se volcó, de forma digital, el consentimiento informado, cuestionario sociodemográfico y el Inventario para la evaluación de conductas relacionadas con la alimentación (ICRA). En esta oportunidad se recabaron 59 formularios. El link de la encuesta fue enviado vía Whatsapp a profesores de gimnasios para que sean re direccionados a sus alumnos.

Posteriormente se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 25.0.

.

Resultados

Caracterización de la muestra

Los resultados muestran que el 76,6% de las personas encuestadas pertenecen al género femenino y el 23,4% al género masculino donde el 3,9% tiene entre 18 y 20 años, el 26% entre 21 y 30 años y el 70,1% entre 31 y 45 años.

Dentro de esta población encuestada el 14,3% vive en Capital Federal y el 85,7% en la Provincia de Buenos Aires.

En cuanto al estado civil, el 21,2% se encuentra soltero/a, el 33,8% en pareja, el 26% casado/a, el 7,8% divorciado/a y el 1,3% viudo/a.

Al observar el nivel de educación de los participantes los resultados muestran que el 27,3% posee un nivel de educación secundaria incompleto/completo, el 22,1% terciario incompleto/completo y el 50,6% universitario incompleto/completo.

Al realizar un análisis respecto de la frecuencia con la que se concurre al gimnasio la muestra indica que el 58,4% de las personas concurren al gimnasio entre 1 y 3 días a la semana y el 41,6% más de 4 días.

Con respecto a las horas que le dedican a la actividad física se observa que el 96,1% de los individuos dedica entre 1 y 3 horas diarias a la actividad física y el 3,9% más de 4 horas diarias.

Los principales motivos para concurrir al gimnasio evidenciados fueron: por placer el 29,9%, por indicación médica el 3,9%, para bajar de peso el 5,2% y para mejorar la imagen corporal el 45,5%. Por último el 15,6% de los participantes informo tener otros motivos.

A su vez las personas que consideran muy importantes la alimentación saludable fueron un 89,6%, quienes lo consideran poco importante fue el 9,1% y nada importante 1,3% de la muestra.

Asimismo más de la mitad de las personas de la base le dieron mucha importancia a la consulta con un médico siendo un 51,9% de los participantes, no obstante, al 46,8% les resulta poco importante y a un 1,3% nada importante.

Con respecto a la consulta con un especialista en nutrición solo el 29,9% concurría sin embargo el 70,1% no lo hacía.

Descripción de las variables

Tabla 1. *Índice de Masa Corporal [IMC].*

	N	M	Md	DT	Min	Max
IMC	77	39,64	38,96	5,781	29,75	58,14

Con respecto al IMC el promedio fue de 36,64 en los participantes, con un desvío estándar de 5,781. Siendo el mínimo de 29,75 IMC y el máximo 58,14 IMC.

Tabla 2. *Resúmenes estadísticos de las conductas alimentarias.*

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Deseos de adelgazar	77	2,10	2	0,626	1,14	3,86
Bulimia	77	1,64	1,50	0,493	1	3,33
Insatisfacción corporal	77	2,03	2,00	0,621	1	3,88
Actitudes negativas hacia la alimentación	77	1,62	1,57	0,348	1	2,79
Preocupación por el peso y la imagen corporal	77	1,50	1,35	0,467	1	2,90
Ítems críticos	77	1,43	1,25	0,477	1	3
Sentimientos de ineficacia	77	1,61	1,60	0,467	1	3,40
Desconfianza	77	2,12	2,00	0,581	1	4
Alexitimia	77	1,47	1,40	0,457	1	2,60
Ascetismo	77	1,43	1,40	0,346	1	2,60
Impulsividad	77	1,62	1,40	0,567	1	3,20
Inseguridad social	77	2,18	2,20	0,678	1	3,80
Bienestar psicológico	77	3,09	3,20	0,624	1,60	4
Perfeccionismo	77	1,79	1,80	0,615	1	3,80
Miedo a crecer	77	2,59	2,60	0,449	1,60	3,80

Las medias más elevadas en las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo fueron en Bienestar psicológico, Miedo a crecer, Desconfianza, Insatisfacción corporal, Inseguridad social y Deseos de adelgazar oscilando entre 2,03 y 3,09. Las demás dimensiones obtuvieron medias entre 1,43 y 1,64. Siendo el mínimo 1 y el máximo 4.

Análisis de normalidad

Tabla 3. Normalidad de las variables.

Variable	N	p
Deseos de adelgazar	77	0,054
Bulimia	77	0,000
Insatisfacción corporal	77	0,200
Actitudes negativas hacia la alimentación	77	0,003
Preocupación por el peso y la imagen corporal	77	0,000
Ítems críticos	77	0,000
Sentimientos de ineficacia	77	0,000
Desconfianza	77	0,009
Alexitimia	77	0,000
Ascetismo	77	0,000
Impulsividad	77	0,000
Inseguridad social	77	0,012
Bienestar psicológico	77	0,001
Perfeccionismo	77	0,002
Miedo a crecer	77	0,006
Índice de Masa Corporal	77	0,200

Nota. Se evaluaron los datos de acuerdo al análisis de Kolmogorov- Smirnov

Se realizó el análisis de normalidad para las variables arriba mencionadas y se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Como se puede observar las variables analizadas poseen distribución anormal, excepto las dimensiones Deseos de adelgazar, Actitudes negativas hacia la alimentación e Índice de Masa Corporal.

Diferencia de grupos

Tabla 4. *Análisis de las conductas alimentarias y Género.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,179	Femenino = 37,13 Masculino = 45,14
Actitudes negativas hacia la alimentación	0,277	Femenino = 40,53 Masculino = 34,00
Preocupación por el peso y la imagen corporal	0,003	Femenino = 43,17 Masculino = 25,33
Ítems críticos	0,651	Femenino = 39,62 Masculino = 36,97
Sentimientos de ineffectividad	0,141	Femenino = 36,96 Masculino = 45,69
Desconfianza	0,072	Femenino = 36,48 Masculino = 47,25
Alexitimia	0,233	Femenino = 37,35 Masculino = 44,42
Ascetismo	0,816	Femenino = 38,68 Masculino = 40,06
Impulsividad	0,908	Femenino = 38,84 Masculino = 39,53
Inseguridad social	0,020	Femenino = 35,74 Masculino = 49,69
Bienestar psicológico	0,183	Femenino = 40,86 Masculino = 32,89
Perfeccionismo	0,235	Femenino = 40,66 Masculino = 33,56
Miedo a crecer	0,197	Femenino = 40,80 Masculino = 33,11

Nota. U de Mann Whitney

Variable	Sig.	M
Deseos de Adelgazar	0,085	Femenino = 2,16 Masculino = 1,91
Insatisfacción Corporal	0,075	Femenino = 2,09 Masculino = 1,80

Nota. Estadístico utilizado: T de Student

Se encontraron diferencias significativas en la variable Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal presentando las mujeres un mayor nivel (RP = 43,17) que los hombres (RP= 25,33). También se evidencio diferencia en la variable Inseguridad Social, siendo mayor en los hombres (RP= 49,69) que en las mujeres (RP= 35,74). Por último se evidencio

mayor Impresión Positiva en los hombres con un RP de 48,22 que en las mujeres (RP= 36,19). No se encontraron diferencias significativas con el resto de las variables analizadas.

Tabla 5. *Análisis de los hábitos alimenticios y el Lugar de residencia de los participantes.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,406	Prov. de Bs As = 39,86 Cap. Fed. = 33,86
Actitudes negativas hacia la alimentación	0,579	Prov. de Bs As = 39,58 Cap. Fed. = 35,55
Preocupación por el peso y la imagen corporal	0,401	Prov. de Bs As = 38,13 Cap. Fed. = 44,23
Ítems críticos	0,616	Prov. de Bs As = 39,51 Cap. Fed. = 35,95
Sentimientos de ineficacia	0,690	Prov. de Bs As = 39,41 Cap. Fed. = 36,55
Desconfianza	0,230	Prov. de Bs As = 40,24 Cap. Fed. = 31,55
Alexitimia	0,433	Prov. de Bs As = 39,80 Cap. Fed. = 34,18
Ascetismo	0,609	Prov. de Bs As = 39,52 Cap. Fed. = 35,86
Impulsividad	0,282	Prov. de Bs As = 40,11 Cap. Fed. = 32,36
Inseguridad social	0,496	Prov. de Bs As = 39,70 Cap. Fed. = 34,77
Bienestar psicológico	0,671	Prov. de Bs As = 38,56 Cap. Fed. = 41,64
Perfeccionismo	0,543	Prov. de Bs As = 38,37 Cap. Fed. = 42,77
Miedo a crecer	0,566	Prov. de Bs As = 39,59 Cap. Fed. = 35,45

Nota. Estadístico utilizado: U de Mann Whitney

Variable	Sig.	M
Deseos de Adelgazar	0,396	Prov. de Bs As = 2,07 Cap. Fed. = 2,28
Insatisfacción Corporal	0,189	Prov. de Bs As = 1,98 Cap. Fed. = 2,31

Nota. Estadístico utilizado: T de Student

No se encontraron diferencias significativas con respecto al lugar de residencia de los participantes.

Tabla 6. *Análisis de las conductas alimentarias y el Estado Civil de los participantes.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,340	Soltero = 42,19 - En pareja = 42,15 Casado = 35,75 - Divorciado = 28,08 Viudo = 11,00
Actitudes Negativas hacia la Alimentación	0,814	Soltero = 39,54 - En pareja = 39,71 Casado = 39,68 - Divorciado = 29,25 Viudo = 52,50
Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal	0,655	Soltero = 37,88 - En pareja = 36,88 Casado = 44,55 - Divorciado = 37,67 Viudo = 18,00
Ítems Críticos	0,482	Soltero = 35,67 - En pareja = 44,00 Casado = 38,03 - Divorciado = 38,33 Viudo = 12,50
Desconfianza	0,395	Soltero = 40,73 - En pareja = 39,71 Casado = 41,50 - Divorciado = 24,67 Viudo = 15,00
Alexitimia	0,404	Soltero = 40,71 - En pareja = 42,75 Casado = 33,13 - Divorciado = 40,25 Viudo = 10,50
Sentimientos de Ineficacia	0,184	Soltero = 44,13 - En pareja = 41,52 Casado = 35,28 - Divorciado = 24,17 Viudo = 14,00
Ascetismo	0,526	Soltero = 41,46 - En pareja = 40,12 Casado = 38,43 - Divorciado = 31,58 Viudo = 7,00
Impulsividad	0,611	Soltero = 41,31 - En pareja = 41,69 Casado = 32,50 - Divorciado = 37,75 Viudo = 51,00
Inseguridad Social	0,399	Soltero = 36,31 - En pareja = 41,90 Casado = 42,80 - Divorciado = 24,17 Viudo = 41,00
Bienestar Psicológico	0,246	Soltero = 42,85 - En pareja = 36,02 Casado = 33,63 - Divorciado = 49,58 Viudo = 68,00
Miedo a Crecer	0,298	Soltero = 42,31 - En pareja = 34,58 Casado = 36,45 - Divorciado = 48,17 Viudo = 70,50
Perfeccionismo	0,561	Soltero = 40,21 - En pareja = 40,96 Casado = 38,45 - Divorciado = 33,08 Viudo = 5,50

Nota. Estadístico utilizado H de Kruskal Wallis

Variable	Sig.
Deseos de adelgazar	0,608
Insatisfacción Corporal	0,777

Nota. Estadístico utilizado F de Anova

No se encontraron diferencias significativas con respecto al Estado civil de los participantes.

Tabla 7. *Análisis de las conductas alimentarias y la frecuencia con la que concurre al gimnasio.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,139	1 a 3 días a la semana = 35,86 Más de 4 días por semana = 43,42
Actitudes negativas hacia la alimentación	0,868	1 a 3 días a la semana = 39,36 Más de 4 días por semana = 38,50
Preocupación por el peso y la imagen corporal	0,736	1 a 3 días a la semana = 39,72 Más de 4 días por semana = 37,98
Ítems críticos	0,039	1 a 3 días a la semana = 34,69 Más de 4 días por semana = 45,06
Sentimientos de ineffecticia	0,097	1 a 3 días a la semana = 35,48 Más de 4 días por semana = 43,95
Desconfianza	0,716	1 a 3 días a la semana = 38,22 Más de 4 días por semana = 40,09
Alexitimia	0,072	1 a 3 días a la semana = 35,19 Más de 4 días por semana = 44,36
Ascetismo	0,430	1 a 3 días a la semana = 37,33 Más de 4 días por semana = 41,34
Impulsividad	0,103	1 a 3 días a la semana = 35,53 Más de 4 días por semana = 43,88
Inseguridad social	0,625	1 a 3 días a la semana = 40,04 Más de 4 días por semana = 37,53
Bienestar psicológico	1	1 a 3 días a la semana = 39,00 Más de 4 días por semana = 39,00
Perfeccionismo	0,135	1 a 3 días a la semana = 35,81 Más de 4 días por semana = 43,48
Miedo a crecer	0,266	1 a 3 días a la semana = 41,37 Más de 4 días por semana = 35,67

Nota. U de Mann Whitney

Variable	Sig.	M
Deseos de Adelgazar	0,367	1 a 3 días a la semana = 2, 04 Más de 4 días por semana = 2,18
Insatisfacción Corporal	0,211	1 a 3 días a la semana = 2,10 Más de 4 días por semana = 1,92

Nota. Estadístico utilizado: T de Student

Se encontraron diferencias significativas según la frecuencia con la que concurre al gimnasio para la conducta alimentaria Ítems críticos. Esta conducta fue mayor en personas que concurrían al gimnasio más de 4 días por semana, mientras que los valores fueron menores en quienes concurrían entre 1 y 3 días por semana.

Tabla 8. *Análisis de las conductas alimentarias y las horas que dedica a la actividad física.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,275	1 a 3 horas diarias = 38,45 Más de 4 horas diarias = 52,67
Actitudes negativas hacia la alimentación	0,273	1 a 3 horas diarias = 38,44 Más de 4 horas diarias = 52,83
Preocupación por el peso y la imagen corporal	0,210	1 a 3 horas diarias = 38,36 Más de 4 horas diarias = 54,83
Ítems críticos	0,050	1 a 3 horas diarias = 38,05 Más de 4 horas diarias = 62,33
Sentimientos de ineffecticia	0,894	1 a 3 horas diarias = 39,07 Más de 4 horas diarias = 37,33
Desconfianza	0,884	1 a 3 horas diarias = 38,05 Más de 4 horas diarias = 40,83
Alexitimia	0,649	1 a 3 horas diarias = 38,77 Más de 4 horas diarias = 44,67
Ascetismo	0,114	1 a 3 horas diarias = 38,20 Más de 4 horas diarias = 58,67
Impulsividad	0,842	1 a 3 horas diarias = 39,10 Más de 4 horas diarias = 36,50
Inseguridad social	0,190	1 a 3 horas diarias = 39,67 Más de 4 horas diarias = 22,50
Bienestar psicológico	0,419	1 a 3 horas diarias = 38,59 Más de 4 horas diarias = 49,17
Perfeccionismo	0,895	1 a 3 horas diarias = 39,07 Más de 4 horas diarias = 37,33
Miedo a crecer	0,113	1 a 3 horas diarias = 39,80 Más de 4 horas diarias = 19,17

Nota. U de Mann Whitney

Variable	Sig.	M
Deseos de Adelgazar	0,004	1 a 3 horas diarias = 2,08 Más de 4 horas diarias = 2,57
Insatisfacción Corporal	0,820	1 a 3 horas diarias = 2,02 Más de 4 horas diarias = 2,12

Nota. Estadístico utilizado: T de Student

Se encontraron diferencias significativas según las horas que dedica a la actividad física para las conductas alimentarias Ítems críticos y Deseos de adelgazar. Ambas conductas fueron mayores en las personas que concurrían al gimnasio más de 4 horas diarias, mientras que los valores fueron menores en quienes concurrían entre 1 y 3 horas diarias.

Tabla 9. *Análisis de las conductas alimenticias y la principal motivación para ir al gimnasio.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,648	Placer = 35,50; Indicación Médica = 45,67 Bajar de peso = 53,13 Mejorar la imagen corporal = 39,19
Actitudes Negativas hacia la Alimentación	0,932	Placer = 37,89; Indicación Médica = 45,50 Bajar de peso = 42,00 Mejorar la imagen corporal = 40,17
Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal	0,284	Placer = 34,57; Indicación Médica = 53,00 Bajar de peso = 55,13 Mejorar la imagen corporal = 40,66
Ítems Críticos	0,579	Placer = 38,76; Indicación Médica = 45,17 Bajar de peso = 46,25 Mejorar la imagen corporal = 40,80
Desconfianza	0,105	Placer = 41,98; Indicación Médica = 56,33 Bajar de peso = 37,50 Mejorar la imagen corporal = 32,39
Alexitimia	0,622	Placer = 44,61; Indicación Médica = 29,50 Bajar de peso = 37,88 Mejorar la imagen corporal = 37,71
Sentimientos de Ineficacia	0,993	Placer = 39,35; Indicación Médica = 37,33 Bajar de peso = 43,25 Mejorar la imagen corporal = 38,11
Ascetismo	0,719	Placer = 42,80; Indicación Médica = 45,33 Bajar de peso = 31,50 Mejorar la imagen corporal = 38,60
Impulsividad	0,605	Placer = 43,67; Indicación Médica = 31,67 Bajar de peso = 29,00 Mejorar la imagen corporal = 36,76
Inseguridad Social	0,456	Placer = 45,20; Indicación Médica = 48,33 Bajar de peso = 40,25 Mejorar la imagen corporal = 35,29
Bienestar Psicológico	0,698	Placer = 38,76; Indicación Médica = 27,00 Bajar de peso = 35,38 Mejorar la imagen corporal = 42,17
Miedo a Crecer	0,021	Placer = 40,76; Indicación Médica = 10,83 Bajar de peso = 62,75 Mejorar la imagen corporal = 35,39
Perfeccionismo	0,414	Placer = 37,30; Indicación Médica = 18,00 Bajar de peso = 47,50 Mejorar la imagen corporal = 41,56

Nota. Estadístico utilizado H de Kruskal Wallis

Variable	Sig.
Deseo de adelgazar	0,653
Insatisfacción corporal	0,058

Nota. Estadístico utilizado F de Anova

Se encontraron diferencias significativas para la variable principal motivación para ir al gimnasio, salvo en Miedo a creer siendo la principal motivación para ir al gimnasio el hecho de bajar de peso.

Tabla 10. *Análisis de las conductas alimentarias y si concurre o no a al Nutricionista.*

Variable	Sig.	RP
Bulimia	0,706	Sí = 37,54 No = 39,62
Actitudes negativas hacia la alimentación	0,054	Sí = 46,50 No = 35,81
Preocupación por el peso y la imagen corporal	0,604	Sí = 36,98 No = 39,86
Ítems críticos	0,188	Sí = 34,00 No = 41,13
Sentimientos de ineficacia	0,986	Sí = 39,93 No = 39,03
Desconfianza	0,699	Sí = 37,50 No = 39,64
Alexitimia	0,240	Sí = 34,48 No = 40,93
Ascetismo	0,434	Sí = 42,00 No = 37,72
Impulsividad	0,844	Sí = 39,76 No = 38,68
Inseguridad social	0,474	Sí = 36,22 No = 40,19
Bienestar psicológico	0,308	Sí = 42,96 No = 37,31
Perfeccionismo	0,699	Sí = 40,50 No = 38,36
Miedo a crecer	0,359	Sí = 42,54 No = 37,49
Nota. U de Mann Whitney		
Variable	Sig.	M
Deseos de Adelgazar	0,374	Sí = 2,19 No = 2,06
Insatisfacción Corporal	0,446	Sí = 2,11 No = 1,99

Nota. Estadístico utilizado: T de Student

No se encontraron diferencias significativas en la variable si concurre o no al Nutricionista.

Correlaciones

Tabla 11. Relación entre las conductas alimentarias y el Índice de Masa Corporal [IMC].

IMC		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Bulimia	P = 0,013	RHO = 0,282
Actitudes negativas hacia la alimentación	P = 0,635	RHO = 0,055
Preocupación por el peso y la imagen corporal	P = 0,290	RHO = 0,122
Ítems críticos	P = 0,423	RHO = 0,093
Sentimientos de ineficacia	P = 0,142	RHO = 0,169
Desconfianza	P = 0,113	RHO = 0,182
Alexitimia	P = 0,625	RHO = 0,057
Ascetismo	P = 0,854	RHO = 0,021
Impulsividad	P = 0,955	RHO = -0,007
Inseguridad social	P = 0,028	RHO = 0,251
Bienestar psicológico	P = 0,119	RHO = -0,179
Perfeccionismo	P = 0,037	RHO = -0,239
Miedo a crecer	P = 0,610	RHO = -0,059

Nota. Estadístico Utilizado Rho de Spearman

IMC		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Deseos de adelgazar	P = 0,543	RHO = 0,070
Insatisfacción corporal	P = 0,041	RHO = 0,234

Nota. Estadístico Utilizado R de Pearson

Con el fin de analizar la relación entre las conductas alimentarias y el Índice de Masa Corporal [IMC], se utiliza el estadístico R de Pearson, arrojando resultados significativos entre las variables Bulimia con un RHO = 0,282, Inseguridad social con un RHO = 0,251, Perfeccionismo con un RHO = -0,239 e Insatisfacción corporal con un RHO

= 0,234 lo cual estaría indicando que a mayor IMC mayor probabilidad de desarrollar las conductas a alimentarias mencionadas.

Tabla 12. *Relación entre las conductas alimentarias y la Edad de los participantes.*

	Edad	
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Bulimia	P = 0,447	RHO = -0,088
Actitudes negativas hacia la alimentación	P = 0,989	RHO = 0,002
Preocupación por el peso y la imagen corporal	P = 0,198	RHO = 0,148
Ítems críticos	P = 0,689	RHO = 0,046
Sentimientos de ineficacia	P = 0,235	RHO = -0,137
Desconfianza	P = 0,795	RHO = -0,030
Alexitimia	P = 0,799	RHO = -0,030
Ascetismo	P = 0,551	RHO = -0,069
Impulsividad	P = 0,314	RHO = -0,116
Inseguridad social	P = 0,147	RHO = 0,167
Bienestar psicológico	P = 0,128	RHO = -0,175
Perfeccionismo	P = 0,050	RHO = -0,224
Miedo a crecer	P = 0,896	RHO = -0,015
Deseos de adelgazar	P = 0,275	RHO = 0,126
Insatisfacción corporal	P = 0,263	RHO = 0,129

Nota. Estadístico Utilizado Rho de Spearman

Al realizarse el análisis entre las conductas alimentarias y la Edad de los participantes, los resultados arrojan que existe una correlación significativa inversa y baja entre la Edad y la variable Perfeccionismo, lo cual daría cuenta de que a mayor edad menor perfeccionismo.

Tabla 13. *Relación entre las conductas alimentarias y el Nivel Educativo.*

Nivel Educativo		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Bulimia	P = 0,250	RHO = -0,133
Actitudes negativas hacia la alimentación	P = 0,691	RHO = 0,046
Preocupación por el peso y la imagen corporal	P = 0,863	RHO = -0,020
Ítems críticos	P = 0,166	RHO = -0,159
Sentimientos de ineficacia	P = 0,622	RHO = -0,057
Desconfianza	P = 0,050	RHO = -0,217
Alexitimia	P = 0,447	RHO = -0,088
Ascetismo	P = 0,826	RHO = -0,026
Impulsividad	P = 0,243	RHO = -0,135
Inseguridad social	P = 0,068	RHO = -0,209
Bienestar psicológico	P = 0,429	RHO = 0,091
Perfeccionismo	P = 0,042	RHO = 0,233
Miedo a crecer	P = 0,563	RHO = 0,067
Deseos de adelgazar	P = 0,754	RHO = -0,036
Insatisfacción corporal	P = 0,945	RHO = 0,008

Nota. Estadístico Utilizado Rho de Spearman

Existe una relación significativa directa y baja entre la variable alimentaria Perfeccionismo, e inversa con Desconfianza y Nivel Educativo. A mayor nivel educativo mayor perfeccionismo y menor desconfianza.

Tabla 14. *Relación entre las conductas alimentarias y el nivel de importancia de la alimentación saludable.*

Importancia de la alimentación saludable		
	Sig.	Coefficiente de Correlación
Bulimia	P = 0,467	RHO = 0,084
Actitudes negativas hacia la alimentación	P = 0,946	RHO = -0,008
Preocupación por el peso y la imagen corporal	P = 0,063	RHO = 0,213
Ítems críticos	P = 0,959	RHO = 0,006
Sentimientos de ineficacia	P = 0,546	RHO = 0,070
Desconfianza	P = 0,654	RHO = -0,052
Alexitimia	P = 0,808	RHO = -0,028
Ascetismo	P = 0,308	RHO = -0,118
Impulsividad	P = 0,439	RHO = -0,089
Inseguridad social	P = 0,828	RHO = 0,025
Bienestar psicológico	P = 0,984	RHO = -0,002
Perfeccionismo	P = 0,819	RHO = -0,027
Miedo a crecer	P = 0,656	RHO = 0,052
Deseos de adelgazar	P = 0,777	RHO = 0,033
Insatisfacción corporal	P = 0,137	RHO = 0,171

Nota. Estadístico Utilizado Rho de Spearman

No se evidenció relación significativa entre las variables estudiadas en la Tabla presentada.

Tabla 15. *Relación entre las conductas alimentarias y el nivel de importancia de consultar a un médico.*

Importancia de consultar a un médico.		
	Sig.	Coefficiente de Correlación
Bulimia	P = 0,258	RHO = 0,131
Actitudes negativas hacia la alimentación	P = 0,513	RHO = -0,076
Preocupación por el peso y la imagen corporal	P = 0,962	RHO = -0,005
Ítems críticos	P = 0,311	RHO = 0,117
Sentimientos de ineficacia	P = 0,570	RHO = 0,066
Desconfianza	P = 0,855	RHO = 0,021
Alexitimia	P = 0,265	RHO = 0,128
Ascetismo	P = 0,723	RHO = -0,041
Impulsividad	P = 0,363	RHO = 0,105
Inseguridad social	P = 0,117	RHO = 0,180
Bienestar psicológico	P = 0,325	RHO = -0,114
Perfeccionismo	P = 0,256	RHO = -0,131
Miedo a crecer	P = 0,268	RHO = -0,128
Deseos de adelgazar	P = 0,489	RHO = -0,080
Insatisfacción corporal	P = 0,467	RHO = 0,084

Nota. Estadístico Utilizado Rho de Spearman

No se evidenció relación significativa entre las variables en la Tabla presentada.

Conclusión y Discusión

El objetivo de la investigación partió de analizar cómo son las conductas alimentarias de las personas que practican actividad física en gimnasios de C.A.B.A. y G.B.A para lo cual se planteó en la *Hipótesis principal* referida a que las personas que acuden con mayor frecuencia a gimnasios y dedican más de 4 horas diarias a la actividad física tienen mayor predisposición a presentar conductas alimentarias de riesgo. Los resultados evidencian que dicha hipótesis se vio confirmada ya que se halló diferencia significativa en la dimensión Ítems Críticos, la cual, hace referencia a presencia de trastornos de alimentación encontrándose el rango más elevado en las personas que con mayor frecuencia concurren al gimnasio, y también en quienes lo hacen 4 o más veces a la semana. También se encontró diferencia significativa respecto a la dimensión Ítems Críticos y Deseos de Adelgazar en quienes practican actividad 4 o más horas diarias. En resumen, los sujetos que conformaron la muestra presentan trastornos de la alimentación según su mayor concurrencia a gimnasios y la práctica de actividad física diaria de más de 4 horas, sin embargo, en estos últimos se encuentra también presente el temor por estar gordo y una necesidad por estar mucho más delgado, preocupaciones por la dieta, el peso y no querer aumentar de peso. En consonancia con la línea teórica de Jáuregui Lobera et al. (2008) existe una actividad excesiva de ejercicio físico o hiperactividad en personas que padecen trastornos alimentarios la cual se puede ver reflejada en los inicios del trastorno.

En esta misma línea Hernández-Alcántara, & León Hernández (2012) plantean que si bien la realización de actividad física es buena y recomendada por entidades prestigiosas como OMS (2017) también puede ser la puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria para aquellas personas que interpretan y consideran erróneamente que la actividad excesiva de actividad física es la única forma de control de peso.

Por último, Martenstyn et al. (2021) plantean que quienes realizan actividad física de forma excesiva se enfrentan con una necesidad imperiosa de hacer cada vez más ejercicio pero también con la imposibilidad de dejar de hacerlo aun sabiendo el daño que este exceso causa a su salud.

A su vez, se planteó como *hipótesis específica #1* que a mayor IMC, mayor tendencia a poseer conductas alimentarias de riesgo, la cual, se vio confirmada parcialmente ya que presento en algunas dimensiones como Bulimia, Inseguridad Social e Insatisfacción corporal, una relación significativa, directa y baja fuerza del vínculo. Así como también se encontró correlación con Perfeccionismo de tipo inversa y con baja fuerza del vínculo. No obstante, no se evidenció relación significativa con el resto de las dimensiones. De acuerdo con estos resultados, las personas con un alto IMC, presentan tendencias a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva, también sentimientos de disconformidad con su propio cuerpo y una perturbación con respecto a la imagen corporal, asimismo, marcadas creencias respecto a sus relaciones sociales interpretadas como tensas inseguras desagradables y de baja calidad, y menor predisposición a considerar que los sujetos esperan algo exitoso de él. (Pérez & Becerra, 2012). De acuerdo con la línea teórica de Lola-Cortez & Saucedo –Molina (2006), existe relación significativa entre el IMC, percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo. Estos autores destacan que, aquellas personas en las cuales están presentes estas variables y sumado a encontrarse expuestos continuamente al modelo hegemónico occidental de belleza tendrían muchas probabilidades de caer en decisiones erróneas las cuales lleven a desarrollar conductas alimentarias de riesgo.

Asimismo, la *hipótesis específica #2* afirmó que las mujeres tienen más predisposición a desarrollar conductas alimentarias de riesgo que los hombres. Dicha hipótesis se confirmó parcialmente ya que solo se evidencio diferencias significativas entre

las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo; Preocupación por el Peso y la Imagen Corporal donde si las hubo, predominantemente en el género femenino más que en el masculino. No obstante en los hombres se evidenció una diferencia significativa con respecto a variable Inseguridad Social e Impresión Positiva. Es decir, las mujeres presentaron riesgo elevado de trastornos de alimentación con base en la preocupación sobre el peso y la imagen corporal y los hombres mayor creencia respecto a sus relaciones sociales interpretadas como tensas, inseguras desagradables y en general de baja calidad con una tendencia a presentarse ante los demás individuos con un semblante positivo aunque éste no este expresando verazmente como se encuentra. Dicho resultado se encuentra en sintonía con la línea teórica de Castrejón (2018), el cual señala que existe prevalencia en mujeres a desarrollar conductas alimentarias de riesgo en comparación con los hombres. Asimismo también en concordante con Posadas et al. (2019) quien afirma la predisposición de las mujeres más que en hombres para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

Por su parte, López Atencio et al. (2008), encontraron en su investigación que en las mujeres que presentan alterada la percepción de su imagen corporal, se presenta mayor riesgo asociado con los trastornos de la conducta alimentaria que en los hombres.

Villalobos et al. (2020), concluye en su estudio que en las mujeres adolescentes con sobrepeso u obesidad, de nivel socioeconómico más alto y de localidades urbanas las CAR fueron más frecuentes.

En referencia al género masculino, Velazquez-Comelli (2020), advierte en su investigación que predominantemente en el género masculino hay presencia de Vigorexia o Dismorfia Muscular la cual se la considera una preocupación por no verse lo suficientemente musculoso.

Al respecto, citando a autores como Ramos Valverde et al. (2010) o Muñoz López, (2014), vemos que a diferencia del género femenino, en el género masculino el ideal de

belleza suele estar asociado a verse muy musculoso, aumentar la masa muscular. Martenstyn et al. (2021) define a la Vigorexia como una preocupación por no verse lo suficientemente musculoso y que si bien no es exclusivo del género masculino es donde más se observa.

Una forma de explicar esta circunstancia es que el género masculino atraviesa una particularidad consensuada culturalmente la cual habla de que el “hombre” no puede mostrarse débil o expresar miedo ante de los demás individuos Greenberg (2000).

Finalmente la *hipótesis específica 3#* enunció que los sujetos que poseen mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias de riesgo. La misma se vio confirmada parcialmente, ya que solo se encontró una relación significativa solo entre las variables referidas a la conducta alimentaria: Perfeccionismo y Desconfianza. La correlación entre el Nivel Educativo y perfeccionismo fue de tipo directa y baja, mientras que la relación con Desconfianza se evidenció indirecta y con baja fuerza del vínculo. Según dichos resultados se entienden que las personas con un nivel educativo elevado presentan pensamientos acerca de que los demás solo esperan de ellos conductas exitosas, y a su vez menor presencia de sentimientos vinculados a estar o mantenerse alejado de las personas. De acuerdo con la línea teórica de Diaz Gutierrez et al. (2019) los estudiantes con obesidad, sobrepeso o normopeso son los que presentaron un índice moderado de riesgo de poseer CAR como así también aquellos que manifestaron algún deseo de tener una silueta más delgada.

Por otra parte autores como Escolar-Llamazares, et. al., (2019), sostiene en su estudio que existe, dentro de la población universitaria, cierta vulnerabilidad a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del sexo femenino que se encuentran dentro del rango etario de 18 a 25 años.

Una de las posibles formas de explicarse estas diferencias es desde la perspectiva social y vincular donde cabría la posibilidad de pensar que dentro de un contexto de mayor nivel intelectual, competitivo y quizás también, en algunos casos, socio económico, el peso que se le asigna a la imagen delgada y perfecta sería mucho más importante en estos grupos de individuos donde la imagen es considerada sinónimo de éxito e inteligencia entre otras consideraciones como ya han mencionado algunos autores citados como (Behar, 2010).

Limitaciones y Recomendaciones

La presente investigación evidencia las siguientes limitaciones

Se consideró una limitación el tamaño de la muestra el cual fue relativamente pequeño. Dado que, al hacer el análisis se consideró una muerte muestral por inconsistencias o datos perdidos suceso que determinó el tamaño de la muestra final.

Al respecto, se tomaron 102 protocolos de los cuales quedaron permanentes 77. Un aspecto que se destaca de este acontecimiento, lejos de concebirlo como algo negativo, es que develó la impecable consistencia interna del instrumento utilizado. Si bien fue necesario descartar 24 protocolos por ser inconsistentes el instrumento utilizado conlleva un sentimiento de conformidad y seguridad en su utilización.

Por otro lado, la falta de homogeneidad de la muestra en cuanto al género fue una verdadera limitación. El 76,6% de la muestra está conformada por el género femenino y el 23,4 por el género masculino. Sería interesante poder desarrollar un estudio similar que sea más homogéneo en cuanto al género.

Finalmente, al evaluar el método utilizado en la recolección de datos, siendo primero de forma presencial y luego virtual, queda el interrogante sobre saber si existió alguna inquietud con la interpretación de las preguntas que no pudieron ser evacuadas y quedaron a criterio del encuestado.

Como direcciones futuras se ve interés de poder ampliar y homogeneizar la muestra. Ampliar en cuanto a la cantidad de participantes y homogeneizarla en cuanto al género a fin de poder evidenciar si esta fue una variable influyente en los resultados.

Así mismo, y teniendo en cuenta el contexto actual que estamos atravesando de pandemia, sería considerable y atractivo realizar esta evaluación fuera del contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio ASPO y/o el distanciamiento social, preventivo y obligatorio DISPO.

Al respecto, lo hasta aquí expresado, tiene como fin último el de profundizar en esta área de conocimiento para permitir mejorar la calidad de vida de los sujetos.

Referencias

- Ayuso Peraza, G., & Castillo León, M. T. (2017). Globalización y nostalgia. Cambios en la alimentación de familias yucatecas. *Estudios sociales*, 27(50), 0-0.
- Badenes, L. V., Serrano, J. E. A., & Estevan, R. A. C. (2000). La comprensión infantil de las emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos. *REME*, 3(4), 6.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Bobadilla-Suárez, S., & López-Avila, A. (2014). Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414.
- Bojorquez, I., Saucedo-Molina, T., Juárez-García, F., & Unikel-Santoncini, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 29-39. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100005>
- Camacho, M. C., & Cano, A. F. (2017). Anorexia nerviosa y ejercicio físico. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (25), 2795-2809.
- Castrejón Bocanegra, J. C. (2020). Actitudes alimentarias de riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos de conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de Trujillo. *Conductual*, 116.
- De la Vega Morales, R. I., & Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22(2), 225-234.

- Díaz, G. M. C., Bilbao, M. G. M., & Unikel, S. C. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 53-65.
- Duno, M., & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 545-553.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Escolar-Llamazares, M. C., Martína, M. Á. M., Alonso, M. Y. G., Gómez, M. B. M., Val, E. M., & Ortega, F. L. (2019). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 105-112.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Celis, A. J., & Vázquez Garibay, E. M. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 1-21. <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/208>
- Jáuregui Lobera, I., Estébanez Humanes, S., & Santiago Fernández, M. J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 280-285.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300010&lng=es&tlng=es.
- López Atencio, P., Molina, Z., & Rojas, L. (2008, Diciembre). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 21(2), 85-90.
<https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2008/2/art-5/>
- Lora-Cortez, C. I., & Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.

- Losada, A. V., & Lupis, B. L. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), 26-43.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V] (2013).
- Martínez, M. B. A., Lamotte, B. V., & Santoncini, C. U. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30, 401-407.
- MedlinePlus. (2021). *Índice de Masa Corporal*. National Library of Medicine.
- Nin Marquez, M. I., & Santellan, M. L. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria y distorsiones en el pensamiento*. Sabrosamente.
- Olmedilla, S. T. (2020). Efectos del Ejercicio Físico en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 97-113.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y Sobrepeso.
- Osorio, J. E., Weisstaub, G. N., y Castillo, C. D. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Pamies-Aubalat, L. P. (2019). Actividad física en chicas adolescentes con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. *Informació psicològica*, (118), 13-25.
- Pérez, M. A., & Becerra, L. (2012). Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICRA). Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología y relaciones Humanas.
- Posadas, B. P. G., Sastre, T. D. J. R., Figueroa, Y. P. C., Castellanos, E. S., Enríquez, A. B., & Exsome, C. P. (2019). Conductas Alimentarias de Riesgo en la población estudiantil universitaria. *UVserva*, 14-19.
- Raich, R. M. (2000). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Pirámide.

- Restrepo, J., & Castañeda, T. (2020). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(3), 162-169.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>
- Restrepo, J., & Castañeda, T. (2020a). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en mujeres colombianas que van al gimnasio. *Interacciones*, 6(2), e161.
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.161>
- Risoto, M. A., López, P. A., & Rodríguez, N. C. (2017). Influencia de la autoestima en niños de 6° de Primaria según la variable género. *MLS Educational Research*, 1(1), 85-100.
- Saffon, S., & Saldarriaga, L. M. (2014). La internalización del ideal de delgadez: Factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90.
- Sesento, L. R., & Lucio, R. (2018). Afectación en la autoestima de las adolescentes a causa de los estereotipos de belleza como falsa respuesta a una imagen estructurada colectiva. *Revista de Pedagogía Crítica*, 2(4), 1-13.
- Scappatura, M. L., Bidacovich, G., Banasco Falivelli, M. B., & Rutzstein, G. (2017). Dimensiones del perfeccionismo (adaptativo y desadaptativo) en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 131-141.
- Solano Pinto, N., Peña, C. D. L., Solbes Canales, I., & Bernabeu Brotons, E. (2018). *Perfiles neuropsicológicos en anorexia y bulimia nerviosa*. Depósito Digital UFV.
<http://ddfv.ufv.es/handle/10641/1594>

- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E., & Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*, 26(3), 150-160.
- San Mauro Martín, I., Garicano Vilar, E., González Fernández, M., Villacorta Pérez, P., Megias Gamarra, A., Miralles Rivera, B., ... & Calle de la Rosa, L. D. L. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1324-1332.
- Unikel, S. C., Díaz, G. M., & Bilbao, M. G. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1):53-65.
- Vargas Baldares, M. J. (2013) Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, LXX(607), 475 – 482.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Velázquez-Comelli, P. (2020). Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción. *Rev. Cienc. Salud UP*, 2(2), 35-42.
- Villar, M. G. (2017). Relación entre una práctica excesiva de ejercicio físico y los trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión sistemática. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (25), 2766-2794.

Anexos

Link encuesta administrada vía Google Forms <https://forms.gle/oAhqAeh391KMAsWK7>

Consentimiento Informado

La presente encuesta es anónima, voluntaria, confidencial y no recibirá devolución escrita ya que no se trata de una investigación con fines de tratamiento psicológico sino, exclusivamente, educativos. No te tomará más de 10 minutos su realización. Dirigida a habitantes de CABA y Gran Buenos Aires, entre 18 y 45 años que concurran al gimnasio.

Firma del encuestado

Cuestionario Socio demográfico

1. Genero
 - a) Femenino
 - b) Masculino
 - c) Otros
2. Edad
 - a) 18 a 20
 - b) 21 a 30
 - c) 31 a 45
3. Lugar de residencia
 - a) Provincia de Bs. As
 - b) Capital Federal
4. Peso.....
5. Altura.....
6. Nivel educacional
 - a) Secundario completo/incompleto
 - b) Terciario completo/incompleto
 - c) Universitario completo/incompleto
7. Estado civil

- a) Soltero
 - b) En pareja
 - c) Casado
 - d) Divorciado
 - e) Viudo
8. ¿Tiene hijos?
- a) Si
 - b) No
9. ¿Trabaja?
- a) Si
 - b) No
10. ¿Con quién convive?
- a) Padres
 - b) Pareja
 - c) Solo
 - d) Amigo
 - e) Otros
11. ¿con que frecuencia concurre al gimnasio?
- a) de 1 a 3 días a la semana
 - b) más de 4 días a la semana
12. ¿Cuántas horas por día le dedica a la actividad física?
- a) de 1 a 3 horas diarias
 - b) más de 4 horas diarias
13. ¿Cuál considera usted que es su principal motivación para concurrir al gimnasio?
- a) Placer
 - b) Indicación medica
 - c) Bajar de peso
 - d) Mejorar mi imagen corporal
 - e) otros
14. ¿en qué medida considera importante para usted la alimentación saludable?
- a) mucho
 - b) poco
 - c) nada
15. ¿en qué medida es importante para usted la consulta con un especialista en nutrición?

- a) Muy importante
- b) Poco importante
- c) Nada importante

16. ¿Concurre a un especialista en nutrición que asesore y guíe su alimentación?

- a) Si
- b) No

17. ¿se encuentra en actualmente en tratamiento psiquiátrico?

- a) Si
- b) No

18. ¿Cuál es el diagnóstico?

.....

Por favor, indica

Peso aprox.:

Altura aprox.:

Contextura: O Pequeña O Mediana O Grande

Lee atentamente las frases y piensa con qué frecuencia te sucede lo que allí se enuncia. Indica con una X tu respuesta marcando la columna que corresponda. Señala siempre una sola opción y no te detengas a pensar demasiado cada frase. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, intenta ser lo más sincero/a posible.		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
1	Pienso acerca de hacer dieta				
2	Pienso mucho en comer				
3	Creo que mis caderas son demasiado grandes				
4	Tengo ganas de vomitar después de las comidas				
5	Me preocupa tanto mi figura que hago dieta				
6	Me preocupa sentir que tengo que controlar cuanto como				
7	Siento que no sirvo para nada				
8	Soy muy abierta/o con mis sentimientos				
9	Cuando estoy mal, no se si estoy triste, asustado o enojado				
10	Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
11	Cambio fácilmente de estado de ánimo				
12	Sé que la gente me quiere				
13	Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo				
14	Me aterroriza subir de peso				
15	Me lleno excesivamente de comida				
16	Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
17	Intento no comer alimentos con azúcar				
18	El hecho de estar junto a una persona delgada me hace sentir gorda/o				
19	Creo que la comida domina mi vida				
20	Desearía ser otra persona				
21	Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales				
22	Estoy confundida/o con las sensaciones que noto en mi cuerpo				
23	Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
24	Suelo tener ataques de furia				
25	Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales				
26	Puedo confiar en mis amigos				
27	Quiero estar más delgada/o				
28	He llegado a comer y comer sin poder parar				
29	Creo que mis nalgas son demasiado grandes				
30	Me fijo cuantas calorías tienen los alimentos que como				
31	Me enoja al examinar mi cuerpo				
32	Siento que estoy gorda/o aunque los demás digan que estoy demasiado delgada/o				
33	Siento que no hago nada bien				
34	Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35	Me cuesta entender porque me enoja				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
36	Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
37	Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
38	Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				
39	Me hago cargo de lo que digo o hago				
40	Me siento muy culpable cuando como demasiado				
41	Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer				
42	Creo que mis caderas son del tamaño normal				
43	Corto mis alimentos en trozos pequeños				
44	Siento que es injusto que yo sea mas gordo/a que otros/as				
45	Tengo la sensación de estar enferma/o porque tengo el estómago lleno				
46	En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
47	Confío en los demás				
48	Me resulta difícil entender mis sentimientos				
49	Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
50	Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o				
51	Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente				
52	Cuento con personas que me ayudan si lo necesito				
53	Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				
54	Como o bebo a escondidas				
55	Pienso que mi panza es demasiado grande				
56	Cuando hago ejercicio pienso en quemar calorías				
57	Evito correr para no vean mi carne tambalearse				
58	Tengo una baja opinión de mi misma/o				
59	Tengo buenos vínculos afectivos				
60	No sé que pasa dentro mío				
61	Comer por placer es un signo de debilidad				
62	Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
63	Creo que me conozco bien a mí misma/o				
64	Estoy conforme con mi forma de ser				
65	Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando				
66	Como poco cuando estoy con otras personas y mucho cuando estoy sola/o				
67	Creo que el tamaño de mis muslos es normal				
68	Vomito después de haber comido				
69	Imagino deshacerme de algunas zonas de mi cuerpo				
70	Como dulces e hidratos de carbono sin hacerme problemas				
71	Creo que mis muslos son demasiado grandes				
72	Me controlo en las comidas				
73	Me preocupa que otros vean mis rollitos				
74	Creo que mi estómago es de tamaño normal				
75	Me gusta sentir el estómago vacío				
76	Temo engordar				
77	Aunque tenga hambre intento no comer				
78	Me siento excesivamente regordeta/e				
79	Siento que soy incapaz de parar de comer				
80	Pienso que no tengo buen autocontrol de mi figura				
81	Como alimentos dietéticos				
82	No asistí a fiestas o reuniones por sentirme mal con mi cuerpo				
83	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo				
84	El ver reflejada mi figura me hizo sentir mal				
85	Me siento muy culpable después de comer				
86	Vomito o tomo laxantes para sentirme más liviana/o				
87	Sigo estrictamente las dietas				
88	Me preocupa que mi carne no es suficientemente firme				

		Nunca / Casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre / Casi siempre
89	Me gusta comer acompañado/a				
90	No me gusta ir a la playa o lugares donde mi cuerpo que de expuesto				
91	Los demás me presionan para que coma				
92	Pellizco partes de mi cuerpo para ver cuanta grasa tienen				
93	Los demás preferirían que yo comiese más				
94	La sensación de plenitud me hace sentir gorda				
95	Me preocupa tener celulitis				
96	Me siento avergonzada/o de mi cuerpo				
97	Evito ponerme ropas ajustadas				
98	Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento				
99	La infancia es la etapa más feliz de la vida				
100	Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
101	Me gustaría tener menos años				
102	De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				
103	La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o				
104	Me propongo metas sumamente elevadas				
105	Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a				
106	Detesto cuando no soy la/él mejor en algo				
107	Creo que la niñez es la época más feliz de la vida				

¡Muchas gracias por tu colaboración!