

**HERRAMIENTAS PARA VALORAR LA ADICCIÓN A LA COMIDA
EN DEPORTISTAS**

Trabajo de Fin de Grado de Farmacia.

Universidad de La Laguna. Facultad de Farmacia.

Curso académico 2021-2022

Tutor académico: Carlos Díaz Romero

Co-tutor académico: Néstor Benítez Brito

Gustavo Vidal Herrera

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA	18

RESUMEN

La alimentación en los deportistas juega un papel fundamental para su vida cotidiana y competitiva. No obstante, al tener más exigencias que las personas sedentarias su dieta debe variar ligeramente en función del deporte que practiquen. Debido a estos cambios y a algunos factores de riesgo pertenecientes al deporte y sus competiciones pueden surgir ciertos desórdenes alimentarios.

En este trabajo se ha determinado el grado de adicción a la comida en un grupo de deportistas, comparándolo además con un grupo control formado por personas sedentarias. Para su análisis se han utilizado dos cuestionarios (mYFAS y EAT-26) que fueron difundidos entre la población general, los cuales aportaron datos sobre la incidencia y la gravedad de las posibles adicciones alimentarias de la muestra.

Tras el análisis estadístico se pudo comprobar que los deportistas tenían un grado de adicción a la comida mayor que los no deportistas, aunque la gravedad predominante de dicha adicción sea leve. No se observaron diferencias relevantes cuando se comparó en grado de adicción entre las diferentes modalidades deportivas consideradas. Tampoco los parámetros antropométricos (peso, altura e índice de masa corporal), la edad, la intensidad y tiempo de dedicación de los diferentes tipos de deporte que practicaban fueron determinantes en el estudio, ya que no se encontraron diferencias importantes.

ABSTRACT

Nutrition in athletes plays a fundamental role in their daily and competitive life. However, as they have more demands than sedentary people, their diets should vary slightly depending on the sport they practice. Due to these changes and some risk factors belonging to sport and its competitions, certain eating disorders may arise.

In this work, the degree of food addiction in a group of athletes has been determined, also comparing it with a control group made up of sedentary people. For its analysis, two questionnaires have been used (mYFAS and EAT-26) that were applied among the general population, which provided data on the incidence and severity of possible food addictions in the sample.

After the statistical analysis it was found that athletes had a higher degree of food addiction than non-athletes, although the predominant severity of said the addiction was mild. No relevant differences were observed when comparing the degree of addiction between the different sports modalities considered. Nor were the anthropometric parameters (weight, height and body mass index), age, intensity and time dedicated to the different types of sports they practiced decisive in the study, since no significant differences were found between them.

INTRODUCCIÓN

Como para la población no deportista la nutrición de los deportistas constituye un aspecto fundamental para su vida cotidiana en general, pero además para la práctica diaria de sus deportes. Para llevar una alimentación correcta, la dieta debe modificarse en función del tipo de deporte y de la intensidad de la práctica los requerimientos cambian. Estas posibles variaciones de la dieta mal planificadas junto con otros factores de riesgo podrían desembocar en algún desorden alimentario.

Dichas adaptaciones resultan difíciles de diseñar, ya que existen multitud de factores involucrados al elegir una dieta (como preferencias, costumbres, alergias, etc.). También hay que tener en cuenta que la dieta debe ser individualizada, ya que los requerimientos energéticos varían en función de la idiosincrasia, metabolismo basal y la actividad física de cada deportista.

Por otra parte, es interesante saber que la dieta de los deportistas debe ser diferente dependiendo del momento de la temporada en que se encuentre, siendo prácticamente igual a la de una persona no deportista en épocas de entrenamiento con la salvedad de un mayor aporte energético para asumir el mayor gasto. No obstante, los deportistas de alto nivel, en épocas de

entrenamiento, pueden variar su dieta a una hiperglucídica e hipolipídica (para deportes aeróbicos) o a una dieta hiperproteica (caso de deportes explosivos). Por otra parte, si el deportista se encuentra en periodo de competición, deben incrementarse los niveles de agua y de hidratos de carbono de absorción rápida, con la idea de que la fatiga aparezca más tardíamente (1).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia o la bulimia, constituyen una alteración grave que afecta a la salud pública, ya que influye en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la persona que los padece. (2)

Los TCA se pueden dar en cualquier persona a lo largo de toda la vida, aunque son más frecuentes en adolescentes (12-18 años) y en el sexo femenino, que tiende a mostrar una mayor inestabilidad de la percepción de su propia imagen. (3) Entre los síntomas más frecuentes derivados de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres está la denominada “tríada femenina”, que consiste en un aumento de la prevalencia de oligomenorrea, cese de la menstruación y osteoporosis. (4) (5)

El deporte supone un factor de riesgo de este tipo de trastornos, en especial aquellos en los que se compite por peso (lucha libre), en los que la estética es importante (gimnasia rítmica) o en los que se consigue un beneficio evidente al disminuir el peso (correr). (6) (7) La creciente inclusión de las mujeres en el deporte actual ha provocado que estos trastornos eleven su prevalencia en deportistas.

Por otra parte, muchos deportes atraen directamente a personas que ya poseen algún tipo de trastorno alimentario, puesto que en ellos encuentran una manera de gastar calorías y justificar así su posible delgadez. (8)

Otros factores de riesgo resaltables son el uso de dietas restrictivas desde edades tempranas o la presión por parte de los entrenadores. Además, el riesgo aumenta considerablemente si las dietas no son supervisadas, ya que no solo no se corregirían errores si los hubiera, sino que se podrían generar nuevos problemas. En ocasiones son los propios protagonistas los que no se dejan aconsejar, debido al miedo a que se descubran sus posibles desórdenes alimentarios. (9)

Algunas situaciones especiales como eventos traumáticos (por ejemplo, la pérdida del entrenador, lesiones o enfermedades) constituyen un claro factor de riesgo para que los atletas se adentren en problemas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. (10)

No obstante, la información recolectada a día de hoy acerca de la relación entre el deporte y los trastornos alimentarios es insuficiente, debido a la escasez de estudios, la inadecuación de muestras y la ausencia de criterios claros para el diagnóstico. (11)

Por otro lado, la prevención es un aspecto importante a la hora de evitar posibles casos de trastornos alimentarios. Por ello, resulta esencial informar a los deportistas sobre los factores de riesgo previamente mencionados y sobre la etiología de dichos trastornos, con el fin de poder identificarlos con rapidez. Otra recomendación interesante es que los deportistas de mayor exigencia se sometan de manera regular a seguimientos nutricionales y psicológicos. (12)

Una vez identificado un trastorno alimentario, se debería comenzar una terapia específica muy similar a la que se suele realizar con las personas no deportistas. (13) Dicho tratamiento consiste en una intervención multidisciplinar en la que deben intervenir médicos, psicólogos, nutricionistas e incluso el entorno del deportista. Además, es fundamental que el paciente se sienta en un ambiente de confianza con los profesionales de la salud que dirijan su tratamiento, ya que el éxito del mismo dependerá en gran medida de ello. (14)

Para realizar un adecuado diagnóstico de una alteración alimentaria se suelen utilizar diferentes herramientas. Entre ellas, los cuestionarios científicamente validados que permiten identificar ciertos patrones a través de las respuestas de la persona. Uno de los más utilizados es el denominado "EAT 26", un instrumento multidimensional que cuenta con valores altos de confiabilidad y sensibilidad, así como con un adecuado valor de especificidad. (15) En esta línea, en 2017 se creó el cuestionario mYFAS (mini Yale Food Addiction Scale). Se trata de una versión reducida del ya existente YFAS que consta de 13 ítems. Es muy útil para trasladarlo a una muestra grande, debido a que no hay demasiadas preguntas. (16)

OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Valoración del grado de adicción a la comida en la población deportista y su comparación con la población sedentaria.

Objetivos secundarios

- Valorar la influencia de los parámetros antropométricos en posibles casos de adicción a la comida.
- Valorar la gravedad de las adicciones en los diferentes grupos de individuos considerados.
- Estudiar la adicción a la comida en las diferentes modalidades deportivas.
- Establecer diferencias según el nivel de intensidad y el tiempo de dedicación a la práctica deportiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que se ha realizado es descriptivo observacional, ya que durante el mismo no se ha realizado ninguna intervención en la investigación, siendo la finalidad de la misma describir sucesos según los datos analizados. Además, se trata de un estudio transversal, ya que se ha analizado en un momento de tiempo determinado y no se ha llevado a cabo un seguimiento a las personas que han participado en dicho estudio.

Instrumento de medida

Para la elaboración de esta investigación se utilizó un cuestionario compuesto por 4 secciones diferentes, el cual fue elaborado a partir de ítems empleados en otros cuestionarios ya existentes, como el mYFAS y el EAT-26.

La sección inicial incluye algunos datos sociodemográficos que clasifican a los participantes del estudio, pero siempre manteniendo el anonimato de los mismos. En este apartado se recogen datos de la edad, el sexo, la altura y el lugar de nacimiento.

La segunda sección indaga el deporte practicado por cada participante, o la ausencia de práctica en su defecto. En primer lugar, se pregunta sobre el tipo de práctica (aficionado, competición regional o nacional, alto rendimiento o alto nivel), la frecuencia con la que practica su deporte y el número de horas de entrenamiento semanal.

La tercera sección del cuestionario se corresponde con el cuestionario mYFAS, el cual incorpora 13 ítems de respuesta tipo Likert donde el 0 equivale a “nunca” y el 7 corresponde a “a diario”.

La cuarta y última sección corresponde con el cuestionario EAT-26, el cual también sigue durante sus 26 ítems una escala progresiva donde las posibles respuestas oscilan entre 0 (nunca) y 5 (siempre).

Sujetos participantes

El cuestionario fue contestado por un total de 152 personas, 79 hombres y 73 mujeres, con un rango de edad comprendidos entre los 13 y los 77 años. Para la investigación desarrollada, la muestra de participantes estaba constituida principalmente por personas deportistas (n=131; 86,2%) y no deportistas (n=21; 13,8%), los cuales constituyen en grupo control que permite comparar ambos grupos y establecer así el comportamiento de los deportistas frente a los no deportistas en lo que se refiere a la adicción a la comida. De los 21 sujetos sedentarios, 9 (42,9%) fueron hombres y 12 (57,1%) mujeres; por otra parte, de los 131 deportistas, 70 (53,4%) fueron varones y 61 (46,6%) mujeres.

Por tanto, no ha habido ningún criterio de exclusión para esta investigación. Para formar el grupo control se consideró incluir todas las personas que contestaron en el apartado de frecuencia de práctica la opción “algún día al mes o menos”.

Los sujetos participantes se agruparon según el deporte que practican. Para ello se seleccionaron los deportes en los que había un número mayor de practicantes y luego se agruparon deportes afines tales como deportes aeróbicos grupales, individuales, de agua y de raqueta. En último lugar se han agrupado los deportes restantes en un grupo denominado “otros deportes”.

Análisis de datos

Se calcularon los valores de medias y desviación estándar (DE) en el caso de las variables cuantitativas, y las variables cualitativas se expresaron mediante recuento y porcentaje. Se llevó a cabo un análisis bivariado, utilizando la t-student para las variables cuantitativas y la Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas. Los análisis fueron realizados con el programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 22.0 (IBM Corp. Armonk, NY. USA). Se consideró como significativo un p-valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La frecuencia con la que se practican los diferentes deportes varía considerablemente. En la figura 1 se aprecia que 32 individuos (25,6% del total) practica su deporte 1-2 días a la semana, 71 (46,7%) lo practican 3-4 días a la semana, mientras que 28 (18,4%) lo hace 5 o más días a la semana. Un 13,8% de los sujetos incluidos en este trabajo no practicaban deporte.

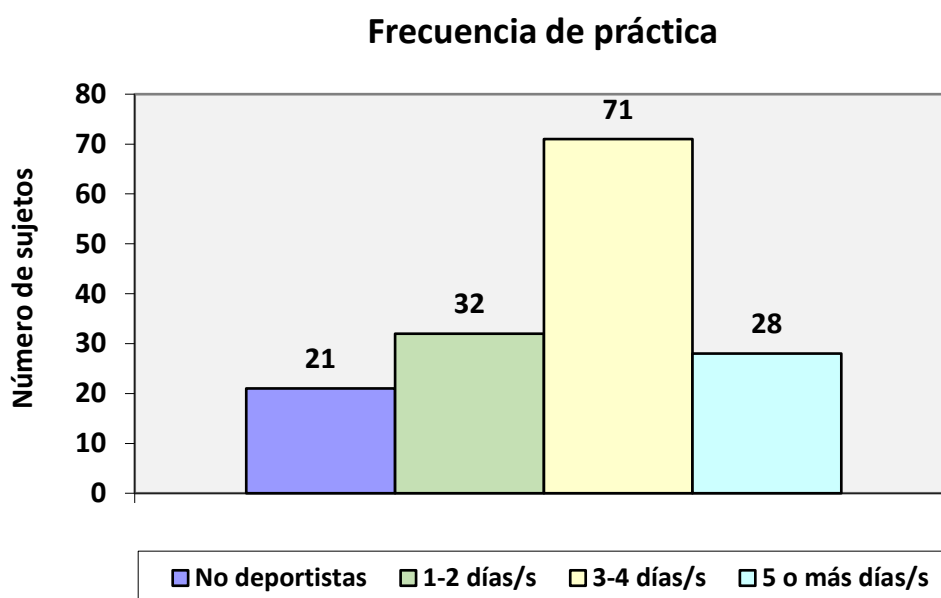


Figura1. Distribución de la frecuencia de la práctica deportiva en los sujetos estudiados.

Considerando el nivel de intensidad de la práctica deportiva también se apreciaron diferencias considerables (figura 2). La mayoría de ellos (n=86; 56,6%) practican su deporte sin competir. Con un nivel de exigencia algo mayor

se encuentra el 27% (n=41) de los sujetos participantes, los cuales compiten de manera regional o nacional. Por último, habría un 6,6% (n=10) y un 9,9% (n=15) que son deportistas de Alto Rendimiento y Deportistas de Alto Nivel (DAN), respectivamente.

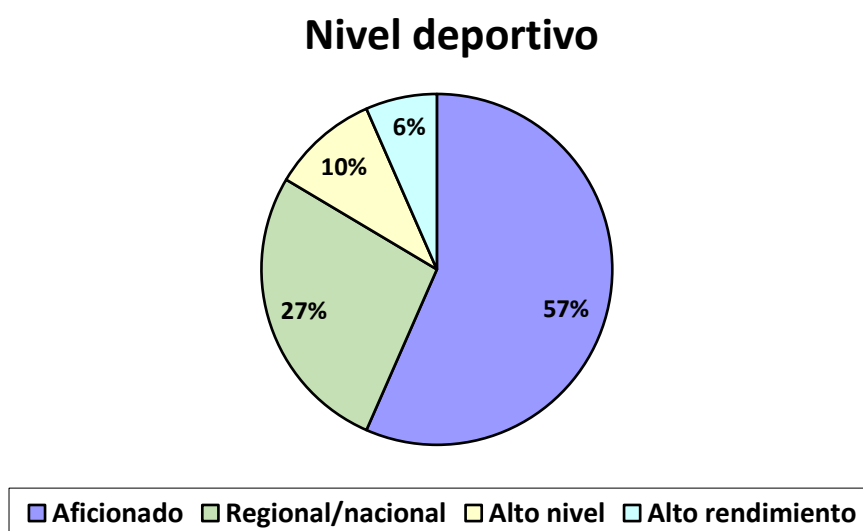


Figura 2. Diagrama de sectores en el que se representa la distribución de la muestra poblacional en función del nivel de intensidad del deporte que se practica.

En la Tabla 1, se presentan los datos relativos al sexo y a la frecuencia de la práctica deportiva, diferenciando los distintos tipos de deportes considerados.

Dentro del grupo de deportistas hay que destacar dos deportes, el frontenis y el ejercicio físico practicado en el gimnasio, los cuales incluyeron 65 (49,6%) y 30 (22,9%) de los 131 deportistas que participaron en el estudio. Cada uno de los deportes restantes representaron menos de un 8% con respecto al total de deportistas.

En la mayoría de los deportes considerados, se observó que el número de individuos de ambos sexos era similar, exceptuando los “deportes aeróbicos grupales”, como el fútbol o el balonmano, en los cuales el número de hombres fue claramente superior al de mujeres (80% vs 20%). También se aprecia en

“otros deportes” como el sexo femenino domina claramente con un 100% frente al masculino.

Con respecto a la frecuencia de la práctica deportiva, la mayoría de los participantes de esta investigación practican sus respectivos deportes entre 3-4 días a la semana, lo cual se repite en todos los deportes excepto en los “deportes de agua” y “otros deportes”. Asimismo, en cada uno de los deportes considerados se observa un valor medio similar de sujetos que los practican con una frecuencia de 1-2 días a la semana y 5 o más días a la semana.

Tabla 1. Distribución de la muestra poblacional analizada en función del sexo y frecuencia de la práctica deportiva diferenciando el tipo de deporte.

Tipos de deporte	Sexo		Frecuencia de Práctica		
	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)
	M	F	1-2 d/semana	3-4 d/semana	>5 d/semana
Frontenis (N=65)	39 (60%)	26 (40%)	18 (27,7%)	35 (53,8%)	12 (18,5%)
Gimnasio (N=30)	10 (33,3%)	20 (66,7%)	4 (13,3%)	16 (53,3%)	10 (33,3%)
Deportes aeróbicos grupales (N=10)	8 (80%)	2 (20 %)	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)
Deportes aeróbicos individuales (N=9)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)
Deportes de raqueta (N=9)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)
Deportes de agua	2 (40%)	3 (60%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)

(N=5)					
Otros deportes (N=3)	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Resulta de interés conocer las posibles diferencias de edad, altura, peso e índice de masa corporal (IMC) entre los diferentes grupos de deportistas considerados. En la tabla 2 se exponen los valores medios \pm desviación estándar y el intervalo de valores mínimos y máximos de dichos parámetros en los diferentes grupos de deportistas por separado y agrupándolos en función de la intensidad con la que se realiza la práctica deportiva.

No es de extrañar que el grupo de “sedentarios” posea una edad media mayor ($34,8 \pm 17$) que la obtenida en el resto de deportistas, al igual que es evidente que dicho grupo posea un peso medio más alto ($70,6 \pm 15,9$) y por consiguiente un IMC mayor ($24,7 \pm 5,6$) que los valores correspondientes a los deportistas.

Por otra parte, se aprecia una diferencia clara en la edad media entre los “deportes aeróbicos grupales” y los “deportes aeróbicos individuales”, ya que quizás los deportes individuales se suelen practicar con una mayor asiduidad en las personas más veteranas, ya que no se requieren grandes medios para poder practicar dichas actividades, tales como correr o caminar. Entre los demás deportes no se observan grandes diferencias en este parámetro.

Con respecto a la altura, los diferentes grupos de deportes se encuentran dentro de intervalos bastante similares, exceptuando los “deportes aeróbicos grupales” y el “frontenis”. Esto es esperable, ya que se trata de deportes en el que la altura se considera una ventaja competitiva, por lo que se propicia a las personas altas a practicarlos.

No hay diferencias notables entre los valores de peso e IMC obtenidos para los diferentes grupos de deportistas considerados. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en “otros deportes” estos valores (altura y peso) son más bajos que en los demás deportes, lo cual se debe a que el 100% de la muestra fueron mujeres.

Teniendo en cuenta el nivel de intensidad en la práctica deportiva se aprecian diferencias interesantes en la edad. Los participantes que practican su deporte de forma no competitiva tenían mayor ($p < 0,05$) edad media ($33,9 \pm 15,8$ años) que los deportistas que practicaban su deporte de forma competitiva, particularmente aquellos de alto rendimiento ($19,5 \pm 3,7$ años) y los DAN ($21,9 \pm 3,3$ años). Por tanto, a medida que la exigencia de las competiciones es mayor, la media de la edad disminuye, siendo esta mucho más baja, como se ha mencionado anteriormente, en deportistas de alto nivel (DAN) y alto rendimiento. Además, como era de esperar, el IMC de los deportistas también es inversamente proporcional a la exigencia de las competiciones, siendo los DAN y alto rendimiento los que menor IMC presentan. Sin embargo, las diferencias de los valores medios de los parámetros antropométricos (altura, peso y IMC) obtenidos en los deportistas agrupados por modalidades deportivas y por la intensidad de la práctica deportiva no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 2. Parámetros estadísticos de los valores antropométricos y edad en función del tipo de deporte.

	Edad	Altura	Peso	IMC
	X ± DE (min-max)	X ± DE (min-max)	X ± DE (min-max)	X ± DE (min- max)
Tipos de deporte				
Deportes aeróbicos grupales	21,8 ± 4,5 (16-30)	175,5 ± 9,4 (160-194)	68,7 ± 13,2 (49-88)	22,1 ± 2,7 (19,0-26,2)
Deportes aeróbicos individuales	34,3 ± 14,8 (17-54)	169,3 ± 7,8 (157-180)	67,7 ± 16,4 (44-97)	23,4 ± 4,7 (17,9-32,0)
Deportes de agua	34,6 ± 20,8 (18-62)	169,8 ± 7,2 (159-178)	65,8 ± 10,0 (52-77)	22,8 ± 3,2 (18,4-26,6)
Deportes de raqueta	27,9 ± 16,5 (14-53)	169,8 ± 4,0 (165-178)	63,8 ± 12,6 (51-89)	22,0 ± 3,9 (18,7-30,4)
Frontenis	31,9 ± 15,7	172,0 ± 9,6	69,7 ± 14,6	23,4 ± 3,5

	(13-72)	(153-192)	(45-96)	(16,3-31,0)
Gimnasio	27,53 ± 11,6 (17-56)	166,9 ± 8,8 (152-190)	65,1 ± 14,2 (45-100)	23,2 ± 3,6 (17,4-31,2)
Otros deportes	23,7 ± 0,6 (23-24)	163 ± 3,6 (160-167)	57 ± 13,2 (47-72)	21,3 ± 3,9 (18,4-25,8)
Intensidad de la práctica deportiva				
Aficionado	33,9 ± 15,8 (14-77)	169,4 ± 8,7 (152-190)	68,6 ± 14,5 (44-100)	23,8 ± 4,1 (16,6-40,27)
Deportistas a nivel regional/nacional	29,5 ± 14,4 (13-58)	172,8 ± 9,3 (153-192)	69,0 ± 15,1 (45-96)	22,9 ± 3,8 (16,3-31,0)
Deportistas de alto rendimiento	19,5 ± 3,7 (16-27)	164 ± 3,7 (159-170)	58 ± 9 (45-77)	21,5 ± 2,7 (17,6-26,6)
Deportistas de Alto Nivel (élite)	21,9 ± 3,3 (15-27)	172,2 ± 10,7 (159-194)	67,4 ± 13,8 (52-97)	22,6 ± 3 (18-30)

Tras aplicar el cuestionario mYFAS, relacionado con la adicción a la comida se pudo determinar cuántas personas tienen riesgo de adicción, y además, determinar la gravedad de la misma.

Cuando se comparan el grupo de deportistas y sedentarios se aprecia diferencia entre ambos grupos (Tabla 3). Los deportistas presentaron un 26 % de personas que presentan algún tipo de adicción, frente a un 19% del grupo de los sedentarios. Sin embargo, es llamativo tanto la poca prevalencia de la adicción leve y moderada en los sedentarios (4,8%) como la alta prevalencia de la adicción grave (14,3%). No obstante, los deportistas mostraron su mayor porcentaje en la adicción leve (13%) frente al 6% de la moderada y el 8,4% de la grave.

Dentro de la comparativa entre deportes se aprecia que los deportes en los que se observa mayor adicción son los “deportes de agua” como la natación o el waterpolo (40%), mientras que los deportes que menor adicción presentaron fueron los “deportes aeróbicos individuales” (11,1%). Entre los demás deportes

no se vieron diferencias claras con respecto a la totalidad de personas con adicción.

Sin embargo, el tipo de adicción que prevalece varía según el tipo de deporte que se analice. Las adicciones leves son más frecuentes en los “deportes de raqueta” y en “otros deportes”, las adicciones moderadas no prevalecen en ningún deporte y las adicciones graves se observaron en mayor medida en los “deportes aeróbicos grupales”.

Además, hay deportes en los que la gravedad de las adicciones se encuentra más repartida, como puede ser el frontenis o la actividad en el gimnasio, pero siempre prevaleciendo la adicción leve.

Con respecto al nivel de intensidad de la práctica deportiva, es importante destacar que el grupo con mayor adicción a la comida es el de los deportistas de alto rendimiento. Esto podría estar influenciado por el alto nivel de exigencia al que están sometidos estos deportistas a la hora de cumplir unas expectativas sobre un peso establecido y unas condiciones físicas mínimas para asistir a la selección de los respectivos deportes. No obstante, en los deportistas DAN no se aprecia esta teoría y los deportistas que presentan adicción a la comida son el 20%.

Los deportistas aficionados cuentan con un 17,9% de personas que sufren algún tipo de adicción, la cual se basa principalmente en la alteración leve y grave, ambas 11,6%. Por otro lado, los deportistas que compiten a nivel regional/nacional presentan un elevado porcentaje de individuos (82,9%) sin adicción. Además, los porcentajes de los tres tipos de adicción en base a la gravedad fueron muy similares.

Tabla 3. Comparación de la incidencia de adicción a la comida entre sedentarios y deportistas, entre deportes e intensidad de práctica deportiva.

	Sin adicción	Adicción leve	Adicción moderada	Adicción grave
Comparación Deportistas – sedentarios				
Sedentarios	17	0	1	3

(N=21)	(81%)	(0%)	(4,8%)	(14,3%)
Deportistas (todos) (N=131)	97 (74,0%)	17 (13,0 %)	6 (4,6%)	11 (8,4%)
Tipos de deporte				
Deportes aeróbicos grupales (N=10)	7 (70%)	0 (0%)	1 (10%)	2 (20%)
Deportes aeróbicos individuales (N=9)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Deportes de agua (N=5)	3 (60%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (20%)
Deportes de raqueta (N=9)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Frontenis (N=65)	49 (75,4%)	7 (10,8%)	4 (6,1%)	5 (7,7%)
Gimnasio (N=30)	22 (73,3%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	3 (10%)
Otros deportes	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Intensidad de la práctica deportiva				
Aficionado	62 (72,1%)	10 (11,6%)	4 (4,7%)	10 (11,6%)
Deportistas a nivel regional/nacional	34 (82,9%)	2 (4,9%)	2 (4,9%)	3 (7,3%)
Deportistas de alto rendimiento	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0 (0%)
Deportistas de Alto Nivel (élite)	12 (80,0%)	2 (13,3%)	0 (0%)	1 (6,7%)

CONCLUSIONES

Tras analizar los datos de esta investigación, es importante resaltar que se aprecian diferencias entre el grupo de deportistas y el grupo de sedentarios con respecto a la adicción a la comida. Así, los deportistas presentan una prevalencia mayor a la aparición de algún tipo de adicción (26% vs 19%), lo cual podría deberse a la exposición de algunos factores de riesgo que tiene el mundo del deporte, como la obligación de tener un cierto peso para poder competir o los entrenadores exigentes. No obstante, en el caso de que una persona sea sedentaria y tenga adicción a la comida, lo más probable es que se trate de una adicción grave (75% de las adicciones de este grupo), mientras que, si por el contrario se trata de un deportista, lo más normal es que su tipo de adicción sea leve (50% de las adicciones de su grupo).

Estos resultados están en consonancia con el hecho de que los individuos sedentarios tenían un valor medio de IMC significativamente mayor que aquellos que practicaban algún deporte.

Además, se puede deducir que a medida que las competiciones se vuelven más exigentes, el porcentaje de personas con adicción a la comida es mayor, como se refleja en el dato de los “deportistas de alto rendimiento” (40%). El hecho de que no se observe en “Deportistas de Alto Nivel” podría ser explicado por el escaso número de individuos al que se pudo acceder.

No se observan grandes diferencias entre los distintos grupos de deportes con respecto a la adicción a la comida, lo cual puede deberse a que la muestra que ha sido seleccionada para esta investigación no es representativa y tiene un número total de muestra de 152 personas, lo cual es muy bajo si se quieren establecer relaciones por grupos.

Los parámetros antropométricos no se relacionan de manera clara con la aparición de más casos de adicción a la comida, ya que prácticamente todos los grupos de deportes analizados tenían valores similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Romero C. 2021. Nutrición del deportista. En: Coord. Laura Botella Díaz Consejo Farmacéutico en Suplementación Deportiva. Vocalía de Alimentación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife pp. 41-60.
2. Amelia Marí Sanchís, José Burgos Balmaseda, Rebeca Hidalgo Borrajo. Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva. Actualización y propuesta de abordaje integral. Elsevier. 2022 69(2): 131-143. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530016421001257>
3. Correa ML V, Zubarew G T, Silva M P, Romero S MI. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2006 ;77(2):153–60. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000200005&script=sci_arttext
4. Beals KA. Disordered eating among athletes: a comprehensive guide for health professionals. Champaign, IL: Human Kinetics, 2004
5. Brunet M. Female athlete triad. Clin Sports Medicine 2005; 24:623-636
6. Brownell KD, Rodin J, Wilmore JH. Eating, bodyweight and performance in athletes: disorders of modern society. Lea and Febiger: Philadelphia, 1992
7. Engels SG, Jonhson C, Power PS, Crosby RD, Wonderlich SA, Wittrock DA, Mitchell JE. Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. Eat Behav 2003; 4:333-343.
8. Sudi K, Payerl D, Baumgratl P, Tauschmann K, Muller W. Anorexia athletica. Nutrition 2004; 20:657-671
9. Toro J, Galilea B, Martínez-Mallén E, Salamero M, Capdevila L, Mari J y cols. Eating disorders in Spanish female athletes. Int J Sports Med 2005; 26:693-700

10. Yeager KK, Agostini R, Nattiv A, Drinkwater B. The female athlete triad: disordered eating, amenorrhea, osteoporosis. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25:775-777
11. Beals KA. *Disordered eating among athletes: a comprehensive guide for health professionals*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2004
12. González Gallego J, Collado PS, Mataix J. *Nutrición en el deporte. Ayudas ergogénicas y dopaje*. Díaz de Santos: Madrid. 2006.
13. Cabetas Hernández I. Desnutrición en anorexia nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutr Hosp* 2004; XIX:225-228
14. Beals KA, Manore MM. Disorders of the female athlete triad among collegiate athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 2002; 12:281-293.
15. Gustavo A. Constain, Carmenza Ricardo Ramírez, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Matilde Álvarez Gómez, Catalina Marín Múnera, Carolina Agudelo Acosta. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Elsevier*.2014;46(6):283-289. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000134>
16. Laura Rabasco Gómez. Una revisión bibliográfica sobre la adicción a la comida y su relación con otros trastornos de la conducta alimentaria. Universidad Pontificia Comillas Madrid. 12. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22338/TFG_Rabasco%20GA%c2%b3mez%2c%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y