PubliCE, (PubliCE) 1991

Monograph

Desórdenes en la Alimentación: El Rol del Entrenador

Ann C Grandjean

RESUMEN

Durante la década pasada, ha surgido un incremento en la prevalencia de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, dando como resultado una mayor comprensión sobre la etiología, la patología, y el tratamiento de estos desórdenes alimenticios. No está bien definido cuándo y en qué deportistas aparece, pero se supone que es más frecuente en deportes que enfatizan la figura esbelta y magra. Los entrenadores y todas aquellas personas que trabajan de cerca con estos atletas deberían estar al tanto de estos desórdenes alimenticios, saber como identificar los síntomas, y estar preparados para resolver los problemas que se puedan suscitar. Este artículo presenta el rol del entrenador para ayudar a reducir el riesgo de los desórdenes alimenticios, y para establecer un plan de resolución de estos problemas, cuando aparezcan.

Palabras Clave: alimentación, trastornos alimenticios, psicología, deporte

INTRODUCCION

Los desórdenes en la alimentación no son un fenómeno nuevo. La literatura cuenta de ayuno auto-impuestos y de pérdida de peso ya en la Edad Media. También se puede encontrar que en el Antiguo Egipto, Grecia, y Roma, se enfatizaba sobre la figura delgada. Se le asigna a los romanos la creación del “vomitorium”, un sitio donde se vomitaba para controlar el peso luego de las grandes comilonas (7, 28).

Lo que es nuevo, es el mayor conocimiento sobre desórdenes alimenticios entre la comunidad deportiva. Los estudios indican que estos desórdenes ocurren con mayor frecuencia en atletas que practican deportes tales como gimnasia, patinaje artístico, lucha libre, y ballet, en donde se impone cierto peso y/o porcentaje de grasa corporal (6, 9, 10, 23, 25, 27). Sin embargo, estos desórdenes no se limitan sólo a los deportes que enfatizan la magreza. Estas prácticas de control de peso también han sido observadas en nadadores jóvenes (4, 13).

PREVALENCIA EN LA POBLACION GENERAL

Se estima que la anorexia nerviosa ocurre con una frecuencia del uno por ciento en grupos vulnerables, como estudiantes mujeres de colegios secundarios o universidad (19). La bulimia nerviosa, hoy en día la más común entre las enfermedades de la alimentación, ocurre de cuatro a cinco por ciento en estudiantes universitarias mujeres (2). Sin embargo, las estimaciones sobre la prevalencia de los desórdenes alimenticios varía en gran medida, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado (26). A pesar que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son consideradas enfermedades de adolescentes y mujeres jóvenes, del 5% al 10% de los casos ocurren en hombres y varones jóvenes (3).

DESORDENES ALIMENTICIOS EN ATLETAS Y BAILARINAS

Entre un grupo de atletas y no atletas universitarios, Borgen y Corbin (6) descubrieron que el 20% de los estudiantes que participaban en deportes y actividades que enfatizaban la figura magra (ballet, físicoculturismo, gimnasia) estaban muy preocupados por el peso, o tenían tendencias hacia los desórdenes alimenticios. Otro estudio sobre deportistas mujeres universitarias mostró que el 32% practicaba al menos un método patológico de control de peso (24).

Bailarinas

Varios estudios han sugerido un incremento en la prevalencia de anorexia y bulimia entre las bailarinas. Brooks-Gunn y colegas (9) hicieron una investigación con bailarinas que pertenecían a compañías de ballet de nivel nacional y regional de los Estados Unidos y Europa del Este, y descubrieron que el 33% sufría de problemas alimenticios. El 33% de las bailarinas universitarias estudiadas por Evers (14) presentaba síntomas de anorexia nerviosa. Garner y Garcfinkeel (16) descubrieron que el 6,5% de las estudiantes de escuela de danza profesional tenían anorexia nerviosa primaria y que todas, salvo una, desarrollaron la enfermedad luego de comenzar el estudio de danza.

Los datos de Kurtzman y colegas (20) demuestran que las bailarinas tuvieron la mayor prevalencia de síntomas de anorexia nerviosa (27%) en comparación con otros grupos de estudiantes universitarias. De acuerdo a un estudio realizado por Hamilton y colegas (17), las compañías de ballet por “audición” mostraron una incidencia significativamente más alta de problemas de alimentación en comparación con los grupos de danza altamente selectivos (46% vs. 17%).

Brooks-Gunn y colegas (8) compararon a bailarinas, patinadoras, y nadadoras, con respecto al peso y a las actitudes acerca de la alimentación.

Las bailarinas mostraron mayores restricciones alimenticias que las patinadoras o nadadoras. Los autores atribuyeron este hecho a los bajos pesos requeridos por su profesión.

Uno de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa es la amenorrea (Tabla 1). Se ha demostrado una alta incidencia de amenorrea y ciclos menstruales irregulares en bailarinas (11, 12). Benson y colegas (5) reportaron que el 33% de las bailarinas universitarias y profesionales estudiadas experimentaban ciclos anormales o ausentes. Otro estudio con 89 bailarinas profesionales jóvenes, mostró que el 15% presentaba amenorrea secundaria, y el 30% ciclos irregulares (15). Las irregularidades menstruales, sin embargo, pueden ocurrir en deportistas en todos los niveles competitivos, y pueden ser atribuidas a factores genéticos o ambientales (17).

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa y la bulimia

Anorexia Nerviosa

1. Rechazo a mantener peso corporal en el mínimo aconsejado para la edad y la altura (Por ejemplo, una atleta que se esfuerza por mantener su peso en un 15% por debajo del peso establecido, produciendo de esta manera demoras en el normal crecimiento).

2. Fuertes temores a volverse obesa, aún cuando se está por debajo del peso normal.

3. Incapacidad para ver con precisión el propio peso, tamaño o figura corporal (En otras palabras, la persona se siente gorda, cuando en realidad está “consumida”). Creer que alguna parte del cuerpo está gorda, cuando en realidad la persona está obviamente por debajo de su peso.

4. Ausencia tres períodos menstruales seguidos.

Bulimia

1. Alimentación desaforada (Esto es, consumir grandes cantidades de alimentos en forma apresurada, generalmente en menos de 2 horas).

2. Temor de no poder parar de comer durante estos “atracones”.

3. Provocarse vómitos en forma regular, usar laxantes, o ponerse en dieta o ayunos rigurosos, con el fin de eliminar la comida o calorías consumidas durantes los “atracones”.

4. Tener al menos 2 “atracones” semanales durante por lo menos tres meses.

Gimnastas Mujeres

Las gimnastas mujeres también han sido identificadas como un grupo que pueden tener un alto riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios (10). En gimnasia, existe un deseo constante de ser delgada y estéticamente atractiva (22, 23). Rosen y Hough (23) evaluaron las prácticas de control de peso de 42 gimnastas mujeres de la Universidad, utilizando la Encuesta de Control de Peso de la Universidad Estatal de Michigan. Esta herramienta fue especialmente diseñada para utilizarla con atletas en la identificación de los factores asociados con los comportamientos patológicos para el control de peso. Rosen y Hough vieron que en su estudio todas las gimnastas estaban a dieta, ya sea para aumentar la performance deportiva o para mejorar su apariencia. Del total del grupo, 26 (62%) estaban practicando al menos una forma de control patológico de peso, ya sea pastillas para dietas, vómitos auto-inducidos, o ayunos. Por el contrario, Benson y colegas (4) recientemente informaron que las gimnastas mostraron una tendencia menor (1%) hacia los desórdenes alimenticios que las nadadoras (11%).

Nadadoras y Corredoras de Fondo

Las nadadoras y las corredoras de fondo también han sido estudiadas por posibles problemas alimenticios. Dummer y colegas (13) descubrieron que las nadadoras competitivas tenían percepciones equivocadas acerca de su peso, lo que los autores creen que estaba más relacionado con las influencias sociales, que con las demandas específicas de su deporte. Como se mencionó previamente, Benson y colegas (4) reportaron que las nadadoras tuvieron mayores tendencias hacia los problemas alimenticios (11%) que las gimnastas (1%). Weighty Noakes (29) que la incidencia de anorexia nerviosa no es más común entre las corredoras competitivas, que en la población general. Sin embargo, las corredoras de élite tienen más tendencia a los problemas físicos y psicológicos de la anorexia, que las corredoras que no son de élite.

Para resumir, se presume, a partir de los estudios realizados, que algunos grupos de atletas tienen un mayor riesgo de adquirir desórdenes alimenticios. La pregunta es, ¿Se están volviendo más prevalentes los desórdenes alimenticios, o está aumentando la identificación de tales desórdenes (18)?

Schotte y Stunkard (26) creen que la prevalencia de los síntomas relacionados con los desórdenes alimenticios es considerablemente mayor que la prevalencia de dichos desórdenes. Ellos condujeron un estudio con 1965 estudiantes universitarios, y concluyeron que a pesar que los comportamientos bulímicos (alimentación desaforada, vómitos auto-inducidos) eran comunes entre las mujeres universitarias, no lo era la bulimia clínicamente significativa, tal como está descripta en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Desórdenes Mentales.

La clave esta en aprender a distinguir entre las personas con desórdenes alimenticios y aquellas cuyos comportamientos sólo son una mímica de estos desórdenes.

COMO IDENTIFICAR A UN ATLETA QUE TIENE DESORDENES ALIMENTICIOS

Hay una diferencia significativa entre estar delgada y tener anorexia nerviosa, así como entre vomitar para alcanzar un peso deseado y tener bulimia. Las pautas de alimentación anormal no significan tener automáticamente un desorden alimenticio; sin embargo, es necesario prestar atención si un atleta muestra los siguientes signos o comportamientos.

- Comentar en forma reiterativa acerca de estar o sentirse “gorda”, y hacer preguntas como “¿Te parece que estoy gorda?”, cuando su peso está por debajo del estipulado.
- Alcanzar un peso que se encuentra por debajo del peso competitivo ideal para esa atleta, y continuar bajando aún fuera de la temporada.
- Comer en forma secreta, lo que puede ser descubierto por el envoltorio de los alimentos encontrados en la pieza del atleta; o por observarlo sacando sin permiso alimentos de la oficina del entrenador.
- Desaparecer en forma inmediata luego de comer, especialmente si consumió una gran cantidad de comida.
- Encontrarse nervioso o agitado si algo le impide estar sólo inmediatamente luego de comer.
- Ganar o perder cantidades extremas de peso.
- Quejarse frecuentemente de constipación.

De acuerdo a Mallick y colegas (21), a pesar de que una paciente pueda tener pautas de una alimentación anormal o cesar su menstruación, estos síntomas solamente, no son suficientes para el diagnóstico de un desorden alimenticio. Las claves para detectar si existe un problema serio son la inestabilidad emocional y el alejamiento de las relaciones sociales. Mallick y colegas (21) estudiaron 3 grupos de adolescentes mujeres (adolescentes con desórdenes alimenticios, deportistas, y estudiantes), para determinar sus pautas de menstruación, dieta, y ejercicio, así como su auto-imagen. Las adolescentes

con desórdenes alimenticios tuvieron los menores promedios de auto-estima, así como resultados extremadamente bajos en el tono emocional y en las relaciones sociales, en comparación con los otros grupos. El grupo psicológicamente más sano fue el de las deportistas.

¿SON LOS DEPORTES LOS CULPABLES?

Frecuentemente, los deportes son identificados como los causantes de los desórdenes alimenticios. Las miradas se dirigen hacia los entrenadores, las restricciones impuestas en los pesos, y actividades que son partes normal de un deporte. La palabra “causas” es inadecuada. Los desórdenes alimenticios son los síntomas de un estrés subyacente. Al principio son mecanismos de defensa, y luego se transforman en problemas adicionales. El atleta que tenga un desorden en la alimentación, tendrá probablemente una historia de baja auto-estima, y dificultades para resolver problemas y manejar el estrés.

Sin embargo, es posible que los mecanismos de los desórdenes alimenticios sean activados por un simple evento o por comentarios de personas muy allegadas al atleta. Todos los miembros de un equipo deportivo-entrenadores, directores deportivos, e incluso los compañeros- son personas muy significativas en la vida de un deportista, y por lo tanto, tienen el poder para ayudar o destruir. Un comentario fuera de lugar, puede tener consecuencias imprevistas en un potencial anoréxico o bulímico. Rosen y Hough (23) reportaron que el 75% de gimnastas cuyo entrenador les había dicho que tenían demasiado peso, recurrieron a métodos perjudiciales para perder kilos. En otro estudio, Zucker y colegas (30) concluyeron que los deportistas jóvenes sólo necesitan una o dos sugerencias acerca de la reducción de la grasa corporal, para que comiencen a estar a dieta o a implementar otros métodos más nocivos.

Algunos ejemplos que podrían contribuir a que el atleta comience con desórdenes en la alimentación incluyen:

- Decirles a los atletas que deben perder peso, sin darles una guía nutritiva adecuada.
- Decirle a los atletas que rendirán más, o que obtendrán mejores resultados si están más delgados.
- Ridiculizar a un atleta, o hacer comentarios impertinentes sobre su peso o composición corporal.
- Utilizar apodos o nombres como “gordito”, o “rechoncho”.
- Asignarles un peso que no esta de acuerdo con su altura y estructura corporal
- Poner demasiado énfasis en el peso o porcentaje de grasa corporal.

Muchas veces el proceso de pesarse, activa los mecanismos para los desórdenes alimenticios. Se debe aclarar que no es el acto de pararse en una balanza el que origina el problema de alimentación. Ni si quiera los números que la balanza revele. Es como los números son utilizados, lo que puede causar un problema. El riesgo de originar un desorden de este tipo se incrementa cuando estos números son utilizados para plantear objetivos irrealizables, para ridiculizar al atleta, o para imponerle una excesiva presión.

EL ROL DEL ENTRENADOR

Tanto los entrenadores como todas las personas que trabajan de cerca con los deportistas deben interiorizarse sobre los desórdenes en la alimentación-qué significan, cómo reconocer los signos, qué hacer si se sospecha que hay un problema, cuáles son las opciones disponibles para su tratamiento. Estar preparado para manejar la situación cuando un entrenador o compañero sugiere que un atleta tiene un problema, no sólo reduce el estrés, sino que asegura que este atleta reciba la ayuda y tratamiento adecuados.

El primer paso para prepararse en los desórdenes alimenticios es la educación, con el objetivo de llegar a todos los miembros del departamento deportivo u organización. El tipo de programa educativo puede variar, puede ser formal o informal. Hay muchos programas, así como organizaciones nacionales que proveen servicios educativos a muy bajos costos. También existe un gran número de libros, artículos, y folletos sobre los desórdenes alimenticios; y frecuentemente se organizan simposios y talleres sobre este tema. La Nacional Collegiate Athletic Association (NCAA) *. Ha elaborado una serie de videos en tres partes, llamada “Nutrición y Desórdenes Alimenticios” (Nutrition and Eating Disorders). Estos programas de video ayudan a entrenadores y administradores a entender más las causas profundas de estos desórdenes, los efectos de la nutrición y el peso sobre el rendimiento deportivo, y los pasos a seguir si un atleta muestra signos de problemas en la alimentación.

Una vez que los miembros del departamento deportivo están informados sobre los desórdenes en la alimentación, se puede desarrollar un plan de acción. Será importante contar con personal idóneo y con recursos tanto dentro como fuera del departamento deportivo u organización. Si bien los entrenadores, los nutricionistas deportivos, y los demás profesionales que trabajan con un atleta pueden aprender a identificar los síntomas que indican un riesgo, el diagnóstico sólo puede ser realizado por un médico o psicólogo especialista en desórdenes alimenticios. Contar con estas personas fundamentales ayudará a que el deportista reciba el tratamiento adecuado.

Debido a la frecuente interacción, algunos atletas desarrollan una relación muy estrecha con el entrenador. Como resultado, pueden tener al entrenador como confidente. No es extraño que el atleta quiera persuadirlo de trabajar individualmente con él en un intento por evitar el tratamiento profesional. La confianza, asociada con esta necesidad de ayuda, puede tentar al entrenador. Sin embargo, es imperativo que el deportista recurra a un profesional que se especialice en este tipo de problemas.

*National Collegiate Athletic Association, 6201 College Boulevard, Overland Park, Kansas 66211, teléfono (913) 339-1906.

PREVENCION

Los entrenadores pueden cumplir un rol muy importante en ayudar a los atletas a manejar el estrés emocional y físico que produce obtener y mantener un peso. Tanto ellos como los compañeros de un equipo pueden ayudar a reducir el riesgo de caer en problemas alimenticios estando informados sobre los comportamientos inadecuados, y además:

- No dándole mayor importancia de la que tiene, al impacto del peso sobre la performance.
- Enfatizando la importancia de una buena nutrición y control de peso para el óptimo rendimiento deportivo.
- Brindando un programa total de nutrición que incluya concejos sobre la alimentación en general, y ayuda sobre los métodos adecuados para bajar o aumentar de peso.
- Planteando objetivos realistas sobre los métodos de dieta, cambios de pesos, y tasas razonables de peso y masa grasa.
- No sugiriendo ni alentando nunca los métodos purgantes.
- Haciendo que los deportistas se pesen en forma privada, para reducir el estrés, la ansiedad y la vergüenza de pesarse frente a los demás.
- Pesando a los atletas en forma frecuente para chequear cambios súbitos de peso y para detectar el uso de métodos inadecuados para bajar de peso.
- Llevando a un atleta, del cual se sospecha tiene un problema alimenticio, a consultar a un especialista.
- Evaluando las políticas, procedimientos, y comportamientos de todos los miembros del departamento deportivo para asegurar que no se está contribuyendo con el desarrollo de los desórdenes alimenticios.

Hay que destacar que la lista precedente no elimina el hecho de pesarse. No es extraño que el primer objetivo sea la eliminación de la balanza. Es importante controlar el peso, y puede, de hecho, ser muy beneficioso.

Los atletas que tienen desórdenes alimenticios, en general han tenido experiencias traumáticas con el hecho de pesarse, y tales experiencias permanecen memorables e identificables. Sin embargo, como se expresó anteriormente, el problema radica en como se utilizan los números, y no en los números mismos. Un comentario hecho en el campo de juego puede ser tan perjudicial como cualquier comentario hecho frente a la balanza.

Los esfuerzos deben estar dirigidos hacia la reevaluación de los programas deportivos e identificación de los deportistas susceptibles. También es importante evaluar como se llevan a cabo las sesiones para pesar a loa atletas. Pero esto es sólo una parte para evaluar el sistema de prácticas que perjudican la auto-estima de los deportistas.

TRATAMIENTO

Hoy en día se acepta que los desórdenes alimenticios tengan componentes psiquiátricos, fisiológicos, y sociales (19). Por lo tanto, el tratamiento debe dirigirse a cada una de estas áreas. Hasta el presente, ningún método en particular puede ser visto como el tratamiento definitivo, ni como la única opción. Sin embargo, la naturaleza compleja y multifactorial de la anorexia nerviosa y la bulimia sugiere que el tratamiento a través de un equipo interdisciplinario es el más efectivo (1). Los profesionales que brindan el tratamiento y los miembros del departamento deportivo deben trabajar en forma conjunta,

para que de esta manera los mensajes que se le den al deportista sean consistentes y brindados en el momento oportuno, y lograrás el éxito del tratamiento.

La mayoría de los lineamientos para el tratamiento de los desórdenes alimenticios han sido desarrollados en base a experiencias clínicas con no atletas. Puede haber diferencias con el tratamiento con atletas. Por ejemplo, poner límites al ejercicio a veces se usa como parte del tratamiento. Se cree que ésto elimina el potencial riesgo de sobreentrenar como forma para bajar de peso, además facilita la recuperación del peso, y ayuda a balancear la ingesta calórica. Sin embargo, éstas limitaciones pueden no ser adecuadas para los atletas.

En resumen, para prevenir la manifestación de los desórdenes en la alimentación y para actuar efectivamente si ellos aparecen, los departamentos deportivos, y organizaciones pueden:

- Informar y educar a sus miembros a cerca de los desórdenes alimenticios.
- Desarrollar un sistema para solucionar los problemas cuando ellos ocurran.
- Brindar al atleta un programa total de nutrición que incluya asesoramiento general sobre la alimentación, así también como asistencia sobre métodos adecuados para bajar o aumentar de peso.
- Evaluar las políticas, procedimientos, y comportamiento de los miembros del departamento deportivo para asegurar que no se está contribuyendo con el desarrollo de los desórdenes alimenticios.

REFERENCIAS

1. Position of the American Dietetic Association (1983). Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Diet Assoc 88(1): 63-71*
2. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. *Washington, DC: American Psychiatric Association, pp 67-69*
3. Barry A, Lippmann, SB (1980). Anorexia nervosa in males. *Postgrad Med 87 (8): 161-186*
4. Benson JE, Alleman Y, Theintz GE, Howald H (1990). Eating problems and calorie intake levels in Swiss adolescent athletes. *Int J Sports Med 11: 249-252*
5. Benson JE, Geiger CJ, Eisenman PA, Wardlaw G (1989). The relationship between nutrient intake, body mass index, menstrual function, and ballet injury. *J Am Diet Assoc 89: 58-64*
6. Borgen JS, Corbin CB (1987). Eating disorders among female athletes. *Phys Sportsmed 15 (2): 89-95*
7. Boskind-White M, White WC: Bulimarexia (1986). A historical-sociocultural perspective. In Brownell KD, Foreyl JP (Eds). *Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, Inc., pp, 354-366*
8. Brooks-Gunn J, Burrow C, Warren MP (1988). Attitudes toward eating and body weight in different groups of female adolescent athletes. *Int J Eating Disorders 7: 749-757*
9. Brooks-Gunn J, Warren MP, Hamilton LH (1987). The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers. *Med Sci Sports Exerc 19: 41-44*
10. Calabrese LH (1985). Nutritional and medical aspects of gymnastics. *Clin Sports Med 4(1): 23-30*
11. Calabrese LH, Kirkendall DT, Floyd M, et al (1983). Menstrual abnormalities, nutritional patterns, and body composition in female classical ballet dancers. *Phys Sportsmed 11 (2): 86-98*
12. Cohen JL, Porosnak L, Frank O, Baker H (1985). A nutritional and hematologyc assessment of elite ballet dancers. *Phys Sportsmed 13(5): 43-54*
13. Dummer GM, Rosen LW, Heuser WW, Roberts PJ, Counsilinan JE (1987). Pathogenic Weight-control behaviors of young competitive swimmers. *Phys Sportsmed 15: 75-81*
14. Evers CL (1987). Dietary intake and symptoms of anorexia nervosa in female university dancers. *J Am Diet Assoc 87: 65-68*
15. Frisch RE, Wyshak G, Vincent L (1980). Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *N Engl J Med 303: 17-18*
16. Garner DM, Garfinkel PE (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psych Med 10: 647-656*
17. Hamilton LH, Brooks-Gunn J, Warren MP, Hamilton WG (1988). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Med Sci Sports Exerc 20:560-565*
18. Kloss S (1989). A coach□s guide to eating disorders. *NCCAJ 11:68-72*
19. Krey SH, Palmer K, Porcelli KA (1989). Eating disorders: the clinical dietitian□s changing role. *J Am Diet Assoc 89: 41-42*
20. Kurtzman FD, Yager J, Landsverk J, Weismeier E, Bodurka DC (1989). Eating disorders among selected female students populations at UCLA. *J Am Diet Assoc 89:45-53*
21. Mallck MJ, Whipple TW, Huerta E (1987). Behavioral and psychological traits of weight-conscious teenagers: a comparison of eating-disordered patients and high-and low-risk groups. *Adolescence 23 (85): 157-168*
22. Moffatt RJ (1984). ietary status of elite female high school gymnasts: inadequacy of vitamin and mineral intake. *J Am Diet Assoc 84: 1361-63*
23. Rosen LW, Hough DO (1988). Pathogenic Weight-control behaviors of female college gymnasts. *Phys Sportsmed 16(9): 141-144*
24. Rosen LW, McKeag DB, Hough DO, Curley V (1986). Pathogenic weight-control behavior in female athletes. *Phys Sportsmed 14 (1): 79-86*

25. Rucinski A (1989). Relationship of body image and dietary intake of competitive ice skaters. *J Am Diet Assoc 89: 98-100*
26. Schotte DE, Stunkard AJ (1987). Bulimia vs. bulimic behaviors on a college campus. *JAMA 258: 1213-15*
27. Steen SN, McKinney S (1986). Nutrition assessment of college wrestlers. *Phys Sportsmed 14(11): 100-116*
28. Strober M (1986). Anorexia nervosa: history and psychological concepts. *In Brownell KD, Foreyt JP, (Eds): Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, Inc; pp, 231-246*
29. Weight LM, Noakes TD (1987). Is running an analog of anorexia?: a survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. *Med Sci Sports Exerc 19: 213-217*
30. Zucker P, Avener J, Bayder S, Brotman A, Moore K, Zimmerman J (1985). Eating Disorders in young athletes. *Phys Sportsmed 13 (11): 88-106*

Cita Original

Ann Grandjean. Desordenes en la Alimentacion: El Rol del Entrenador. Athletic Training, vol, 26, Nº 2, pp. 105-112, 1991.