



# LA ANOREXIA EN EL ATLETISMO

P. RUBIO DE LEMUS; P. LUBIN

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

## Resumen

En este trabajo se ha revisado la literatura sobre el trastorno alimenticio de la anorexia relacionándolo con el tema del deporte y más concretamente con el atletismo femenino, pues cada vez son más las corredoras que padecen este trastorno. Se ha creído necesaria una llamada de atención sobre este tema como medida de prevención para atletas, entrenadores y todos aquellos que estén relacionados con el mundo del deporte. Asimismo, se ha analizado la incidencia de la anorexia, síntomas, causas y tratamiento, abriendo las líneas de investigación futuras en torno a la anorexia y la actividad física.

## Abstract

In this work we have revised the literature on the eating disorder of anorexia nervosa relating it with the subject of sport and more precisely with women athletics, because the number of women runners who suffer of anorexia is increasing. We think it is important to draw attention on this subject as a prevention measure for athletes, trainers and all people related to the world of sport. Likewise, we analyzed the incidence of anorexia, symptoms, causes and treatment, opening the future lines of research with respect to anorexia and physical activity.

## Introducción

La sociedad en que vivimos sobrevalora la delgadez y condena la obesidad. Los medios de comunicación, especialmente las «revistas femeninas», bombardean a las mujeres con una gran cantidad de publicidad pro-adelgazamiento. En nuestro país, Toro, Cervera y Pérez (1985) han constatado que en las revistas femeninas 1 de cada 4 anuncios invita directamente a perder peso y que la motivación para perder peso incide cada vez más en los argumentos estéticos frente a los argumentos de mejora de la propia salud (56 por 100 *versus* 19 por 100). Esta presión social afecta incluso más a ciertos deportes como la gimnasia rítmica, el patinaje y las carreras de fondo, donde la delgadez es un factor importante para ganar o tener éxito. Sin embargo, la mayoría de los deportistas realizan mucho más ejercicio que el resto de la población, por lo que deben procurar que su dieta se adapte a su gusto energético diario en lugar de seguir dietas adecuadas para personas más sedentarias. La alimentación del deportista estará en función también de la edad, del peso y de los requerimientos nutritivos del tipo de deporte practicado (véase la revisión de Villegas y Zamora, 1991). Según Cruz (1991), los deportes en los que resulta

más relevante considerar los aspectos psicológicos de la alimentación del deportista son aquellos en los que existe presión por perder peso o por mantener un peso bajo, ya que es en estos deportes donde han surgido más comportamientos alimenticios patológicos. La preocupación por la pérdida de peso puede llevar a algunas personas a enfermar e incluso a la muerte. Se pueden distinguir tres trastornos alimenticios: la anorexia nerviosa, la bulimia y la obesidad. Nos centraremos fundamentalmente en el primero aunque, como veremos, la anorexia y la bulimia están relacionadas. Estos trastornos se dan principalmente en el sexo femenino. Es un tema importante, pues cada vez son más las mujeres que practican deporte y, por tanto, también son más las que pueden verse afectadas por este problema.

## Comportamientos alimenticios patológicos en el deporte

Según Cruz (1991), entre los deportes en los que han surgido más comportamientos alimenticios patológicos se pueden considerar 4 grupos en los que, por diferentes motivos, un peso corporal bajo es importante: 1) deportes que establecen categorías

por peso: boxeo, lucha, halterofilia; 2) deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos (gimnasia) o para la mejora del rendimiento en la competición (remeros, piragüistas, kayak, jockeys); 3) deportes que requieren una buena presencia (figura delgada y atractiva) ante los jueces: gimnasia, patinaje artístico, y, por último, 4) deportes de resistencia: fondo, mediofondo, maratón.

En los deportes que se establecen categorías por pesos, el problema surge cuando se recurre a reducciones drásticas de líquidos para poder superar el control de peso y competir en una determinada categoría. De esta forma, algunos boxeadores o halterófilos recurren a saunas o a la utilización de diuréticos y laxantes para disminuir su porcentaje de líquido corporal. Sin embargo, un determinado contenido de líquido en el cuerpo es una condición previa para un buen rendimiento, por lo que, superando el control de peso, se intentan restablecer las condiciones fisiológicas previas en unas horas mediante la ingestión de bebidas minerales. Esto no es suficiente para lograr un buen rendimiento por ser un procedimiento demasiado radical para el organismo. En deportes como el remo, el piragüismo o la hípica, en que es ventajoso un peso corporal bajo, hay que procurar al elegir una dieta para perder peso que no produzca efectos carenciales. Además, no sólo se trata de reducir la ingesta de alimento, sino también de aumentar el gasto de energía mediante la actividad física y el entrenamiento adecuado. Los deportes con una mayor incidencia de trastornos alimentarios son la gimnasia y el atletismo femenino de medio fondo (Harris y Greco, 1990; Rosen y Hough, 1988; Rosen, McKeag, Hough y Curley 1986), aunque la prevalencia de estos comportamientos patológicos en los deportistas respecto a la población general no es tan clara en el estudio de Weight y Noakes (1987) o en el llevado a cabo en el Centre d'Alt Rendiment de Sant Cugat por Pérez, Rodríguez, Esteve, Larraburu, Font y Pons (1990).

Las gimnastas se enfrentan al dilema de estar, a la vez, más fuertes y más delgadas que las adolescentes de su edad. Puesto que en los entrenamientos las gimnastas consumen poca energía, a nivel aeróbico, el recurso más utilizado es recurrir a dietas restrictivas, pero que intentan ser completas. Estas dietas implican un régimen estricto que se debe seguir durante períodos prolongados de tiempo y requieren, por tanto, una gran disciplina y autocontrol por parte de la deportista, pues restringen notablemente la elección de alimentos. Por otro lado, estas dietas se aplican a deportistas jóvenes (gimnastas de 12-15 años), lo que implica sacrificios mayores al eliminar de la dieta alimentos como pasteles, bombones y bebidas azucaradas, durante mucho tiempo. Esta tremenda presión lleva a las gimnastas a consumir dietas bajas en calorías y nutrientes recomendados (como muestran los estudios de Calabrese, 1985 y Loosli, Benson, Gillien y Bourdet, 1986), porque carecen, además, de los adecuados conocimientos nutricionales, como prueban Welch, Zager, Endres y Poon (1987). Además,

las hacen desarrollar conductas patológicas en el control del peso: consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes e inducción de vómitos (como ejemplo puede verse el estudio de Rosen y Hough, 1988). Éstas son conductas anoréxicas, por lo que se estudiará en detalle este trastorno alimenticio, finalizando con el análisis de la anorexia en las corredoras de fondo.

## Anorexia y bulimia

La *anorexia nerviosa* es una alteración del comportamiento alimenticio que se caracteriza por una preocupación excesiva por la comida, el miedo a engordar y el deseo de una imagen corporal de extrema delgadez. Mientras que en el *síndrome bulímico*, aunque también existe la preocupación por el peso, el síntoma más importante es el de la bulimia, que se caracteriza por episodios incontrolados de comida compulsiva, tras los cuales la paciente sufre fuertes sentimientos de autorepulsión y culpa, que en la mayoría de los casos intentará mitigar autoinduciendo el vómito. A diferencia de las anoréxicas, suelen ser personas con un peso normal e incluso obesas, por ello es un trastorno más difícil de detectar que la anorexia en la que la extrema delgadez es difícil de ocultar. La bulimia sólo se delatará cuando busque ayuda porque los comportamientos característicos de su enfermedad los lleva a cabo en secreto.

Sin embargo, ambos trastornos parecen estar relacionados, pues muchas anoréxicas padecen episodios bulímicos. En un estudio de Beumont, George y Smart (1976) se observaron episodios de comida compulsiva en las pacientes anoréxicas, y desde entonces se suelen distinguir dos tipos de anoréxicas: las «*anoréxicas restrictoras*» y las «*anoréxicas bulímicas*». En el primer grupo se encontrarían las pacientes que pierden peso exclusivamente a través de dietas y ejercicios extenuantes y en las que no se dan los episodios de comida compulsiva. En el grupo de las «*anoréxicas bulímicas*» estarían aquellas cuyos intentos de no comer se ven interrumpidos por la ingestión incontrolada de grandes cantidades de comida, seguida normalmente de vómitos autoinducidos o toma de purgantes. Puesto que aproximadamente el 50 por 100 de las pacientes con anorexia presentan síntomas de bulimia (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980), y dado que estas pacientes parecen moverse entre los dos síndromes en diferentes momentos de su enfermedad (Russell, 1979), podemos pensar que existe una estrecha relación entre los dos trastornos.

## La anorexia en la población general

### Incidencia

La anorexia se manifiesta sobre todo en el sexo femenino (entre las mujeres se da una proporción de 9

a 1 respecto a los hombres (Leon y Finn, 1984) y en las jóvenes (el 95 por 100 de las pacientes tienen edades comprendidas entre los 14 y los 23 años, Calvo, 1983). En cuanto a la clase social, antes existía una mayor incidencia entre las adolescentes de clase alta (Bruch, 1973; Kalucy, Crisp y Harding, 1977), pero últimamente comienza a extenderse en todos los estratos sociales y su incidencia se está incrementando alarmantemente (Garfinkel y Garner, 1982; Leon y Finn, 1984), aunque entre los hombres se mantenga como antes. En España no hay apenas datos sobre la incidencia de la anorexia. Los estudios realizados muestran que la duración del trastorno no es inferior a dos años y que el pronóstico de recuperación oscila entre el 40-60 por 100. Un 20 por 100 tiene una alta probabilidad de que el trastorno se cronifique y hay una proporción de mortalidad de un 5 por 100 en 4-8 años de seguimiento (Perpiñá, 1989).

## Síntomas

La sintomatología asociada a la anorexia es muy parecida, en sus comienzos, a la de una fuerte anemia causada por una *dieta insuficiente*. La afectada empieza a notar una gran pesadez en las piernas al caminar o correr, siente las piernas y los tobillos hinchados y los gemelos muy duros; su pelo no tiene brillo; si le aparece una lesión, ésta tarda mucho tiempo en curarse; siente cansancio y necesita dormir mucho; tiene mareos causados posiblemente por la tensión baja. El número de glóbulos rojos puede reducirse hasta 3 millones, en vez de los 4,3 a 4,5 millones que suelen tener las mujeres. En este estadio de la enfermedad la recuperación puede conseguirse tomando hierro. Si no se toma ninguna medida, la paciente puede pasar de tener los síntomas de una dieta deficiente a tener los *síntomas de la anorexia nerviosa*, que detallamos a continuación y que hemos dividido en fisiológicos, conductuales y cognitivos, de acuerdo con la literatura revisada.

### Síntomas fisiológicos

- Estreñimiento pertinaz.
- Pérdida continuada de peso.
- El esqueleto es cada vez más visible (el estar sentada sobre una superficie dura se hace muy incómodo).
- Desaparece la menstruación (amenorrea).
- Las extremidades se tornan violáceas y frías (suele tener frío cuando los demás tienen calor).
- Presenta piel seca, pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, deshidratación... (véase Toro y Villardel (1987) para una relación completa de los síntomas fisiológicos).

### Síntomas conductuales

- Realiza un régimen bajo en calorías.
- Se pesa constantemente con pánico de haber engordado.

- Es hiperactiva y se obsesiona con hacer ejercicio (sorprende ver que una persona en su estado físico pueda realizar ese nivel de actividad).
- Duerme poco (el hambre la despierta).
- Abusa de laxantes y diuréticos (adicción).
- Prefiere aislarse y no salir con amigos; se vuelca obsesivamente en los estudios y en las actividades secretas encaminadas a adelgazar (vómitos, laxantes...).
- Rehúsa comer en lugares públicos o con su familia, aunque paradójicamente puede pasarse el día preparando una suculenta comida para ellos que ella no probará; de hecho, el centro de su existencia y de sus pensamientos son actividades relacionadas con el alimento.
- Crea hábitos alimentarios peculiares tales como trocear minuciosamente la comida, esconder pequeñas cantidades de comida por la casa, guardarla en la servilleta, etc. (hábitos obsesivo-compulsivos).

### Síntomas cognitivos

- Vive la sensación de vacío y delgadez corporal como algo agradable, mientras que la sensación de plenitud y ganancia de peso es vivida negativamente.
- Siente el hambre, pero el miedo patológico a engordar le impide comer.
- Cuando come algo, en seguida se siente hinchada y saciada.
- Tiene una imagen corporal deformada, ya que «se ve gorda» aun estando demacrada (alteración perceptiva de sobreestimación del tamaño corporal, Garner y Garfinkel, 1981).
- No reconoce su problema (según ella todo está bien y lo que pasa es que ella prefiere estar delgada y los demás no la entienden).
- Tiene un concepto de autocontrol de todo o nada, es decir, o tiene completamente el control o se ve incapaz de guiar mínimamente su vida.
- Padece síntomas depresivos y de ineficacia y baja autoestima.

Añadidos a los anteriores síntomas de la anorexia se pueden presentar episodios bulímicos (en el caso de las anoréxicas-bulímicas), es decir, de comida incontrolada seguidos generalmente de vómitos autoinducidos.

## Factores explicativos

Según Garfinkel y Garner (1982), en la génesis de la anorexia nerviosa se pueden distinguir tres factores: los predisponentes, los precipitantes (que inician el trastorno) y los perpetuantes (que lo mantienen). Algunos de los *factores predisponentes* serían: factores genéticos, edad (13-20 años), sexo femenino, trastorno afectivo, introversión/inestabilidad, obesidad, nivel social medio/alto, familiares con trastorno afectivo o con adicciones o con trastornos de la in-

gesta, obesidad materna y valores estéticos dominantes. Algunos de los *factores precipitantes* de la anorexia serían: cambios corporales adolescentes, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales de los padres, inicio de contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de actividad física y acontecimientos vitales o hechos estresantes. Algunos de los *factores perpetuantes* serían: consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones «anoréxicas», actividad física excesiva y yatrogenia (influjo de una mala intervención). Todos estos factores pueden analizarse en detalle en Toro y Vilar-dell (1987).

## Tratamiento

El primer paso que debe dar la anoréxica hacia la recuperación es que reconozca su problema y busque ayuda. Pero muchas veces la paciente tiene un deterioro físico tal que son los padres quienes tienen que tomar la iniciativa de llevarla a un centro especializado. La anorexia debe tratarse siempre que se pueda con visitas periódicas al especialista, pero se ingresará a la paciente siempre que su pérdida de peso alcance el 25-30 por 100 o tenga alguna alteración orgánica grave debido a su grado de desnutrición o tenga problemas familiares o problemas emocionales (ideas de suicidio, etc.). El problema es que hay muchas anoréxicas que se niegan a recibir atención psicológica o médico-psiquiátrica. Su familia y amigos tienen que hacerlas comprender todos los efectos perjudiciales para su salud, que les puede acarrear mantenerse en su postura de adelgazar. Hay que convencerlas para que acudan a un especialista. En muchos países existen organizaciones que ofrecen ayuda a las anoréxicas pero, lamentablemente, en España todavía no las hay. Por ello, sería interesante que a las anoréxicas se les pudiese proporcionar información sobre el tema, así como testimonios de otras personas que han pasado por la enfermedad. La anoréxica debe ponerse en manos de un especialista que le aplicará un programa terapéutico compuesto de diversos tratamientos. Éstos suelen ser la farmacoterapia, las terapias conductuales, las psicoterapias (psicoanalíticas), la terapia familiar, la terapia conductual multimodal, etc. Parece ser que hoy día el tratamiento, por lo general, es multimodal, para de esta forma atender específicamente a todos los síntomas de la anorexia nerviosa. Para un análisis más profundo de los diversos tipos de terapia de este trastorno, véase Toro y Vilar-dell (1987).

## La anorexia en el atletismo femenino de fondo

Cada vez hay mayor número de informes sobre corredoras de fondo que sufren de anorexia-bulimia. De hecho, el área de mayor riesgo de incidencia de

la anorexia en el atletismo son mujeres entre los 15 y los 25 años que se dedican a carreras de fondo y medio fondo, existiendo pocos indicios de que afecte de forma significativa a velocistas, vallistas y participantes en pruebas combinadas. La anorexia también se da entre algunos corredores, pero esto ocurre en bastante menos frecuencia incluso que la proporción de 1 de cada 9 respecto a las mujeres, como vimos en el apartado anterior, en la población general. Por otro lado, algunas corredoras también admiten sufrir bulimia nerviosa además de, o en vez de, anorexia.

Un simple e intrascendente comentario por parte de un amigo o entrenador sobre el aumento de peso de una atleta puede provocar la obsesión por adelgazar y la anorexia. Por ello es necesario que las corredoras conozcan la importancia de este trastorno, y sobre todo *sus entrenadores*, que deben tener gran cuidado a la hora de hacer comentarios acerca del peso de una corredora, ya que se está comprobando que estos simples comentarios son una de las principales causas que originan la obsesión por adelgazar. (El entrenador significa mucho para la atleta y una opinión vertida con ligereza puede convertirse en un problema de muy difícil solución.) En las adolescentes esta obsesión puede ocurrir al entrar en la pubertad. Su peso aumenta de forma natural y la atleta trata de controlarlo para recuperar las marcas que hacía en su época prepúber y que ahora le resultan temporalmente inalcanzables. Es decir, ciertos comentarios, malos resultados atléticos y una dieta deficiente puede llevar a una atleta a la anorexia nerviosa.

También se ha observado que en atletas de todas las edades se ha iniciado la enfermedad debido a problemas familiares y/o sentimentales, lo que les llevaba a no comer posiblemente por la preocupación. Más adelante, la satisfacción que les causa el estar delgadas hace que comiencen una dieta estricta, favoreciendo así el desarrollo de la enfermedad.

Un tema relacionado con el origen de la anorexia en las corredoras sería el de la «*anorexia por actividad*». La hiperactividad caracteriza el comportamiento de las pacientes anoréxicas, pues éstas no sólo son capaces de andarse varios kilómetros diarios, sino que esto lo pueden compatibilizar con hacer gimnasia o danza, con estudiar obsesivamente (suelen sacar muy buenas notas) y con dormir muy poco. Según Epling, Pierce y Stefan (1983), la anoréxica incrementa sus actividades en función de dos mecanismos: 1) sus ideas acerca del cuerpo y el peso la llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento, y 2) la restricción alimentaria voluntaria induciría mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría, por lo menos en un principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose un dramático círculo vicioso. El ejercicio físico excesivo y la restricción de la ingesta constituirían un conjunto de condiciones suficientes para producir la «*anorexia por actividad*». Epling y colaboradores estiman que entre el 38 y el 75 por 100 de las anorexias han podido ser inducidas por el ejercicio físico al margen de toda «*intencionalidad anoréxica*».

Podemos subdividir a las corredoras con trastornos alimenticios en dos grupos diferenciados: las competitivas y las estéticas. La *corredora competitiva* sería la que decide mejorar sus resultados atléticos y conseguir éxitos en las carreras. La obsesión con el peso puede surgir cuando la atleta se identifica con corredoras de elite como Rosa Mota (POR) o Wendy Sly (GBR), las cuales son de constitución muy ligera y delgada, con poca masa muscular y poca grasa corporal, y se han beneficiado hasta cierto punto de su físico. Algunas corredoras piensan que si alcanzan el peso de una corredora de elite o, simplemente si adelgazan, mejorarán sus rendimientos deportivos. No obstante, cada una tiene una constitución, y no es lógico que una persona de constitución fuerte o gruesa pretenda pesar lo mismo que una de constitución ligera. Además, el éxito deportivo depende de otros muchos factores, como por ejemplo: las facultades naturales, el entrenamiento y la preparación psicológica. Amén de que una buena nutrición es esencial para entrenar, recuperarse y regenerar el organismo. Lo que ocurre es que en el caso de que a la atleta le sobre algo de peso, a corto plazo suele producirse una mejora notable en sus resultados porque deja de llevar encima ese peso muerto (grasa) y el oxígeno que antes invertía en oxigenar innecesariamente la grasa, ahora se emplea más eficazmente en los músculos (Fox, Temple y Wigley, 1988). La corredora, al ver el éxito que consigue estando más delgada, sigue haciendo dietas cada vez más restrictivas y adelgazando más y más. Es entonces cuando su «método para mejorar» se vuelve contra ella, ya que su cuerpo no recibe comida para nutrirse de forma eficaz ni regenerarse. La fatiga es constante, las lesiones tardan mucho en curarse y bajan sus marcas, pero ella sigue obsesionada por adelgazar y no reconoce ni su delgadez, ni su problema, todo lo contrario, sigue entrenando compulsivamente. Para todos los que la rodean la situación es obvia, tiene que comer para salir de ahí, pero a ella ya le es muy difícil superar la propia resistencia psicológica ante la idea de ganar peso, pudiendo llegar a matarse de hambre. El otro grupo de corredoras son las *estéticas*, que no pretenden conseguir grandes marcas deportivas, sino que empezaron a correr por el auge mundial del *jogging* y su principal motivación es adelgazar, aunque le den cierta importancia a cómo sean sus resultados en algunas carreras populares. Ellas verían el deporte como una fuente de adelgazamiento, un mundo en el que se alaba la delgadez que ellas desean. Esto es, mientras las corredoras competitivas pueden convertirse en anoréxicas motivadas por mejorar sus marcas, las corredoras estéticas pueden convertirse en anoréxicas motivadas por el mero objetivo de adelgazar.

## Conclusiones

No cabe duda que la anorexia en el deporte, este trastorno fundamentalmente femenino, es un tema importante. Pues cada vez son más las mujeres que

hacen deporte, en particular carreras de fondo y medio fondo y, por tanto, cada vez son más las atletas que padecen anorexia. Por otra parte, la importancia de la anorexia se ve realizada por el hecho de que este trastorno en algunos casos puede llevar a la muerte, y en los casos más leves puede hacer sufrir a muchas atletas y sus familias, amén de llevar a muchas jóvenes a abandonar prematura e innecesariamente un deporte que les gusta. Por ello, se hace patente la necesidad de estudiar y confirmar experimentalmente la relación existente entre la anorexia nerviosa y ciertas actividades físicas como la danza, la gimnasia o el atletismo, así como tomar medidas para detectar, prevenir y tratar la anorexia en el deporte. En definitiva, la investigación sobre anorexia en el deporte tiene planteados varios frentes, lo que requiere la colaboración de varios especialistas. Por nuestra parte, en el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, y dentro de un programa de investigación más amplio, nuestra tarea está centrada fundamentalmente en el estudio y elaboración de técnicas metodológicas de recogida de datos, específicas para el caso de la anorexia en el deporte. Pues son necesarias para una detección precoz y fiable de la misma, y además ayudarán a dirigir los tratamientos, pues un conocimiento más claro de las conductas que llevan a la anorexia en el deporte permitirá actuar más eficazmente sobre ellas.

---

## Referencias

- Beumont, P., George, G. y Smart, D. (1976). Dieters and vomiters and purgers in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 6, 617-622.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. New York: Basic Books.
- Calabrese, L. H. (1985). Nutritional and medical aspects of gymnastics. *Clinics in Sportsmedicine*, 4 (1), 23-30.
- Calvo, R. (1983). La terapia de conducta en el tratamiento de la anorexia nerviosa, ¿eficaz o peligrosa? *Estudios de Psicología*, 13, 30-37.
- Casper, R. C., Eckert, E., Halmi, K., Goldberg, S. y Davis, J. (1980). Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Cruz, J. (1991). Aspectos psicológicos de la alimentación del deportista. Comunicación presentada al *I Congreso Mundial de Nutrición Deportiva*, Barcelona.
- Epling, W. F., Pierce, W. D. y Stefan, L. (1983). A theory of activity-based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1), 27-46.
- Fox, J., Temple, C. y Wigley, J. (1988). *¿Demasiado delgada para ganar? Folleto informativo sobre trastornos en la forma de comer*. Editado por la Fundación Atlético Internacional: Mónaco.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner-Mazel.

- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11 (3), 263-384.
- Harris, B. y Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 427-433.
- Kalucy, R. S., Crisp, A. y Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.
- Leon, G. y Finn, S. (1984). Sex-role stereotypes and the development of eating disorders. En C. Spatz (Ed.), *Sex Roles and Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Loosli, A. R., Benson, J., Gillien, D. M. y Bourdet, K. (1986). Nutrition habits and knowledge in competitive adolescent female gymnasts. *Physician and Sportsmedicine*, 14 (8), 118-130.
- Pérez, G., Rodríguez, F., Esteve, E., Larraburu, I., Font, J. y Pons, V. (1990). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. Comunicación presentada al V Congreso de Medicina Deportiva. San Sebastián.
- Perpiñá Tordera, C. (1989). *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Ed. Promolibro: Valencia.
- Rosen, L. W. y Hough, D. O. (1988). Pathogenic weight control behaviors of female college gymnasts. *Physician and Sportsmedicine*, 16 (9), 140-146.
- Rosen, L. W., McKeag, D. B., Hough, D. O. y Curtley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 14 (1), 79-86.
- Russell, G. W. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. (1985). Influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento. Comunicación presentada al V Mediterranean Congress of Social Psychiatry.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Martínez Roca: Barcelona.
- Villegas, J. A. y Zamora, S. (1991). Necesidades nutricionales en deportistas. *Archivos de Medicina del Deporte*, 8 (30), 169-179.
- Weight, L. M. y Noakes, T. D. (1987). Is running an analog of anorexia?: A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19 (3), 213-217.
- Welch, P. K., Zager, K. A., Endres, J. y Poon, S. W. (1987). Nutrition education, body composition and dietary intake of female college athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 15 (1) 63-74.