

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES
ENTRE 17 Y 40 AÑOS ASOCIADOS AL
DESARROLLO DEL SÍNDROME DE ATLETA
FEMENINA, SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS,
GIMNASIO CURVES, DESAMPARADOS,
MARZO-ABRIL, 2017**

Sustentante

Johanna Mora Rojas

Mayo, 2017

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1.1 Antecedentes del problema	12
1.1.2 Delimitación del problema	18
1.1.3 Justificación	19
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	21
1.4.1 Alcances de la investigación	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	23
2.1.1 Síndrome de atleta femenina	23
2.1.2 Factores de riesgo	38
2.1.3 Modelos y teorías	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	59
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	60
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	60
3.3.1 Población	60
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	60
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	61
3.4.1 Validez de un cuestionario	61
3.4.2 Confiabilidad	61;Error! Marcador no definido.
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	61
3.6.1 Factores de riesgo	61
3.6.2 Signos y síntomas para el desarrollo del Síndrome de atleta femenina	62
3.6.3 Aspectos sociales y económicos	63
3.7 PLAN PILOTO	69
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	70

4.1 GENERALIDADES	71
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	104
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	105
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	121
6.1 CONCLUSIONES	122
6.2 RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Profesión u oficio de las mujeres del Gimnasio Curves _____	75
Tabla N° 2. Actividad física o deporte que realiza la población fuera del gimnasio _____	81
Tabla N° 3. Diferencia entre el peso ideal y peso deseado de la población disconforme _	84
Tabla N° 4. Distribución de la población según tiempos de comida que realizan diariamente _____	84
Tabla N° 5. Alimentos que incluyen las participantes de la investigación en su dieta ____	85
Tabla N° 6. Distribución de la población según conocimiento de la ingesta calórica ____	87
Tabla N° 7. Antecedentes patológicos familiares de las participantes en la investigación _____	91
Tabla N° 8. Antecedentes patológicos personales de las participantes en la investigación _____	91
Tabla N° 9. Distribución de la población según presencia de fracturas en el último año _____	93
Tabla N° 10. Período en el que presentaron ausencia de menstruación las participantes _____	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Distribución de la población según rangos de edad, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	71
Figura N° 2. Distribución de la población según estado civil, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	72
Figura N° 3. Estructura familiar de la población según personas con las que habitan actualmente, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	73
Figura N° 4. Distribución de la población según nivel de escolaridad, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	74
Figura N° 5. Distribución de la población según ingreso económico mensual, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	76
Figura N° 6. Frecuencia con la que realiza ejercicio la población, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	77
Figura N° 7. Distribución de la población según tiempo que dedican a realizar ejercicio en el Gimnasio Curves por día, 2017. F.EP.....	78
Figura N° 8. Distribución de la población según nivel de actividad física que realizan las mujeres del Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	79
Figura N° 9. Distribución de la población de acuerdo con la realización de actividad física fuera del Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	80
Figura N° 10. Distribución de la población de acuerdo con el motivo principal por el que realiza ejercicio, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	82
Figura N° 11. Distribución de la población de acuerdo con la conformidad con su peso ideal, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	83
Figura N° 12. Distribución de la población según el conocimiento de la ingesta calórica diaria, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	86
Figura N° 13. Distribución de la población según elaboración de los alimentos en casa, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	88
Figura N° 14. Autoestima de las participantes según la escala de <i>Rosemberg</i> , Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	89
Figura N° 15. Distorsión de la imagen corporal según percepción corporal e índice de masa corporal, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	90
Figura N° 16. Presencia de fracturas en el último año en la población, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	92

Figura N° 17. Distribución de la población según preocupación por engordar, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	93
Figura N° 18. Distribución de la población según ejecución de atracones de comida, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.	94
Figura N° 19. Distribución de la población según frecuencia con la que se han producido vómito para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	95
Figura N° 20. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado ayunos (dejar de comer por más de 12 horas), Gimnasio Curves 2017. F.EP	96
Figura N° 21. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado dietas para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	97
Figura N° 22. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han utilizado medicamentos para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	98
Figura N° 23. Distribución de la población según presencia de menstruación, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	99
Figura N° 24. Distribución de la población según de ciclos menstruales interrumpidos, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	99
Figura N° 25. Distribución de la población según presencia de menstruación 2 veces en un mes, Gimnasio Curves, 2017. F.EP.....	101
Figura N° 26. Distribución de la población según consumo de pastillas anticonceptivas, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	102
Figura N° 27. Distribución de la población según presencia de quistes ováricos, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	103
Figura N° 5. Distribución de la población según ingreso económico mensual, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	134
Figura N° 27. Distribución de la población según presencia de quistes ováricos, Gimnasio Curves, 2017. F.EP	150

RESUMEN

Introducción. El término Síndrome de Atleta Femenina hace referencia a las interrelaciones entre la disponibilidad energética, la función menstrual y la densidad mineral ósea, que puede llegar a manifestarse con síntomas clínicos como trastornos de la conducta alimentaria, amenorrea y osteoporosis. **Objetivo General.** Determinar los factores de riesgo de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del Síndrome de Atleta Femenina, Gimnasio Curves, Desamparados. **Metodología.** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se realiza en una población de 132 mujeres que se encuentren de edades entre los 17 y 40 años de edad que asisten regularmente al Gimnasio Curves, Desamparados. **Resultados.** El 54,5 % de la población se encuentra entre los 27 y 36 años de edad, 54,5 % son solteras, solo el 6 % viven solas, 84 % de las mujeres posee estudios universitarios y 64,3 % obtiene ingresos superiores a 501 000 colones mensuales. Aproximadamente, el 70 % de las mujeres realiza ejercicio moderado de 3 a 5 veces semanales, 33,3 % se encuentra inconforme con su peso ideal, un 12,1 % tiene autoestima media o baja, 28 % de las mujeres tiene antecedentes familiares de osteoporosis, el 96 % se preocupa por engordar, 68,9 % ha realizado dietas para perder peso y 52,2 % utiliza medicamentos para bajar de peso, además 24,4 % han tenido ciclos menstruales interrumpidos. **Discusión.** Las participantes cuentan con un factor de riesgo por el simple hecho de ser mujeres, la edad influye porque hasta los 35 años se desarrolla la masa ósea y aún se pueden desarrollar trastornos alimentarios. Los factores sociales influyen en el reconocimiento, valoración y apoyo con que cuentan las mujeres; el nivel de escolaridad y la información educativa en salud influyen en el desarrollo de patologías, así como también los aspectos económicos repercuten sobre la alimentación, actividad física y atención médica. El ejercicio que realiza la mayoría de las mujeres es moderado o intenso, lo que genera un riesgo que aumenta según la cantidad de ejercicio que realicen, la mayoría

consume menos de 1900 kilocalorías, lo que las hace más vulnerables debido a que además practican ejercicio. Algunas de las mujeres se sienten preocupadas por engordar, realizan atracones de comida y dietas para bajar de peso, estas son conductas no adecuadas que pueden generar el desarrollo de trastornos alimentarios; ciertas mujeres presentan amenorrea, uno de los síntomas con el que puede manifestarse el síndrome de atleta femenina. **Conclusiones.** Se determina que las mujeres del gimnasio Curves sí poseen factores de riesgo asociados al síndrome de atleta femenina, como los aspectos sociales y económicos dentro de los cuales están la edad, estado civil, nivel de escolaridad, estructura familiar e ingreso económico mensual; además de los anteriores poseen factores no modificables, como sexo y antecedentes patológicos familiares, y factores modificables, como la actividad física o ejercicio habitual, ejercicios intensidad, disconformidad con su peso, pérdida de peso o estética como motivo principal para realizar ejercicio, malos hábitos alimentarios, baja autoestima y distorsión de la imagen corporal; por último, se detecta amenorrea en algunas de las mujeres participantes.

Palabras clave: deporte, mujer, amenorrea, tríada.

ABSTRACT

Introduction. The term Female Athlete Triad is a syndrome that refers to the interrelationships between energy availability, menstrual function and bone mineral density, which may manifest with clinical symptoms such as eating disorders, amenorrhea and osteoporosis. **General objective.** To determine the risk factors associated with the development of the Female Athlete Triad of women between 17 and 40 years of age, Curves Gym, in Desamparados. **Methodology.** Quantitative descriptive study, performed in a population of 132 women who are between 17 and 40 years of age who regularly attend the Curves Gym in Desamparados. For the collection of data, a self-elaborated instrument is used, consisting of 35 items that evaluate the possible factors that women may possess, which also includes the *Rosemberg* and Standard Figural Stimuli self-esteem scales; the instrument is validated with a sample of 14 women who attend the Curves Gym at the National Theater. **Results.** 54.5 % of the population are between 27 and 36 years of age, 54.5 % are single, only 6 % live alone, 84 % of women have a college degree and 64.3 % earn more than 501 000 colones a month; approximately 70% of women perform moderate exercise 3-5 times a week, 33.3 % are dissatisfied with their ideal weight, 12.1 % have medium or low self-esteem, 28 % of women have a family history of osteoporosis, 96 % worry about getting fat, 68.9 % have had diets to lose weight and 52.2 % use medication to lose weight. In addition, 24.4 % have had interrupted menstrual cycles. **Discussion.** The participants have a risk factor for the simple fact of being women; age influences because bone mass develops up to the age of 35 and eating disorders may still appear. Social factors may influence the recognition, appreciation and support that women have; the level of schooling and educational information on health has an impact on the development of pathologies, as well as the economic aspects that affect nutrition, physical

activity and medical care. The exercise performed by most women is moderate or intense, which generates a risk that increases according to the amount of exercise they perform; the majority of women consume less than 1900 kilocalories, which makes them more vulnerable because they also practice exercise. Some women feel worried about getting fat; they over eat and follow weight loss diets; these are inappropriate behaviors that can lead to the development of eating disorders; certain women present amenorrhea, one of the symptoms with which Female Athlete Triad can manifest itself. **Conclusions.** It is determined that women attending the Curves Gym do have risk factors associated with Female Athlete Triad such as social and economic aspects, including age, marital status, educational level, family structure and monthly income. Besides those, they have non-modifiable factors such as gender and family pathological antecedents, modifiable factors such as: physical activity or habitual exercise, intensity exercises, disconformity with weight, weight loss or aesthetics as the main motive for exercise, poor eating habits, low self-esteem and distortion of the body image; finally, amenorrhea is detected in some of the female participants.

Keywords: sport, woman, amenorrhea, triad.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

1.1.1.1 Internacional

López¹ realiza una investigación a nivel internacional sobre el enfoque nutricional en la tríada de atleta femenina, en donde se aborda como eje principal la relevancia de una dieta balanceada y buena disponibilidad energética en las mujeres deportistas para evitar el desarrollo de la tríada; además, hace mención al papel que puede adoptar el dietista, pero especifica, también, que debe haber un trabajo multidisciplinario con el resto de profesionales involucrados.

López¹ menciona que cualquier mujer que practique deporte es propensa a desarrollar la tríada, sin embargo, indica otra serie de factores de riesgo como la insatisfacción corporal, presión social, especialización precoz, ayuno prolongado, entre otros; así como diagnóstico, tratamiento y prevención desde la óptica del nutricionista.

Este autor concluye que cualquier mujer dedicada al deporte tiene alto índice de sospecha para desarrollar la tríada asimismo una adecuada y pronta intervención de un profesional en nutrición es primordial para el buen rendimiento y recuperación de los deportistas, finalmente, que muchos clubes y entidades deportistas no cuentan con nutricionistas lo que, según la investigación, repercute negativamente en las personas que realizan deporte.

Izquierdo, et al.² realizan un estudio sobre la actualización, pronóstico y medidas de intervención para la tríada de la mujer deportista. Como resultado estadístico, obtuvieron que en los 10 años anteriores a su investigación los reportes para este síndrome aumentaron 12 veces; mencionan, también, que la mayoría de autores consultados consideran la etiología del síndrome de atleta femenino de origen multifactorial.

Izquierdo, et al.² desarrollan, además, agentes que predisponen a padecer dicha tríada, como son los factores: nutricionales, psicológicos, ambientales, endocrino-metabólicos y

las cargas físicas. Los autores mencionados anteriormente destacan que un punto clave para evitar el desarrollo de la triada es el balance nutricional, adecuándolo al gasto energético de cada persona y a las características tales como edad y composición corporal.

Izquierdo, et al.² refieren que los estudios vinculados con el tema no han sido concluyentes debido a la multiplicidad de los factores causales, además, indican que no hay suficientes estudios básicos y experimentales que aclaren aspectos que en ese momento se desconocían sobre el tema. Un punto importante es que señalan que en su investigación se toman en cuenta mecanismos fisiológicos y las interacciones de estos, lo que genera una herramienta para prevenir, tratar y rehabilitar la triada de la mujer deportista.

Lameiras M. et al.³ realizan una investigación en España sobre los hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios, dentro de ella mencionan que, actualmente, muchas personas indican tener cierta afinidad con determinada estética corporal, la cual es impuesta por la sociedad, esto genera excesiva preocupación por su cuerpo y muchas veces los impulsa a realizar conductas riesgosas para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Lameiras M. et al.³ comprueban en esta investigación que la mayoría de las mujeres y la totalidad de los varones presentan distorsión de la imagen corporal, sin embargo, cuando se les consultó sobre el deseo de perder peso y el miedo a ganarlo, fueron las mujeres las que refirieron verse más afectadas (70 % del total). Las autoras afirman que a mayor deseo de pesar menos, mayor es el temor a volverse “gordo” y mayor frecuencia a realizar dietas.

Las autoras³ mencionan que son las mujeres quienes expresan mayor insatisfacción con su físico e imagen corporal, la cual se refleja en la utilización de métodos de control de peso, además el 38,6 % de las mujeres realizó alguna dieta en los seis meses previos a la investigación. Estas autoras indican que las personas que llevaron a cabo algún tipo de dieta poseen preocupación por la alimentación e insatisfacción con el aspecto y peso

corporal, por lo que concluyen que pueden ser vulnerables al desarrollo de trastornos de alimentación, uno de los síntomas de la tríada de atleta femenina.

Troncoso C. y Amaya J.⁴ realizan un estudio sobre los factores sociales que influyen en las conductas alimentarias –en este caso, realizado con universitarios–, ambos autores afirman que las conductas que un individuo posea tendrán efectos directos en su estado nutricional. El objetivo de la investigación fue interpretar la percepción que tenía la población bajo estudio sobre la influencia que ejerce el entorno familiar, social y educativo sobre sus conductas alimentarias.

Todas las personas entrevistadas para dicha investigación creen que el entorno familiar tiene gran influencia sobre sus conductas alimentarias; añadiendo, además, que la situación económica de la familia modifica también la conducta alimentaria del hogar, favoreciendo o perjudicando su calidad. Otro porcentaje alto de la población entrevistada menciona que sus compañeros, amigos, pareja, entre otros influyen en la manera en la que se alimentan debido a que prefieren una nutrición no adecuada que alimentarse sin compañía.

Troncoso C. y Amaya J.⁴ detallan en su investigación que algunos de los entrevistados mencionaron también que aspectos como la falta de información para alimentarse saludablemente, la falta de disponibilidad de tiempo para establecer horarios específicos de alimentación, el estrés y la publicidad tienen influencia sobre sus conductas nutricionales.

Lora C. y Saucedo T.⁵ investigan sobre conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo con el índice de masa corporal; el objetivo de su estudio es analizar la relación entre el índice de masa corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal en mujeres entre 25 y 45 años. Estas autoras destacan que la mujer adulta, durante períodos como embarazo, lactancia o alteraciones menstruales, presenta disminución de la actividad física y alteraciones psicológicas, las cuales pueden repercutir en la evaluación de la imagen corporal y conductas alimentarias.

Lora C. y Saucedo T.⁵ indican que un hallazgo importante en el estudio fue el confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo y características de trastornos alimentarios mostrándose comunes en la población; además, según la evaluación sobre la percepción de la imagen corporal, se muestra que el 78,8 % de las mujeres se encuentra insatisfecha con su imagen corporal, de ellas el 70,7 % desea tener una figura más delgada. Las autoras indican que esta percepción de su imagen está ligada a conductas alimentarias de riesgo entre las que sobresale comer compulsivamente y conductas compensatorias.

Las autoras⁵ indican que este estudio no proporciona un diagnóstico de trastornos alimentarios, sin embargo, se evidencian algunos síntomas y características de ellos que, aunque no son indicadores seguros del desarrollo de la enfermedad, sí señalan a la población más vulnerable o propensa a adquirirlas ver afectada su salud física y mental.

1.1.1.2 Nacional

Herrera, en su estudio *Prevalencia del uso de dietas hipocalóricas en mujeres físicamente activas o sedentarias, que asisten a la Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez, San José*,⁶ investiga las repercusiones fisiológicas que conllevan los hábitos alimenticios, desde el punto de vista del nutricionista, abarcando dentro de ellas la aparición de los componentes de la tríada de atleta femenina.

Herrera⁶, en esta investigación, menciona que las dietas hipocalóricas no cubren los requerimientos del organismo y, además, en el caso de mujeres que se encuentran físicamente activas, estos requerimientos energéticos aumentan, lo que conlleva a una posible aparición de la triada de atleta femenina.

Herrera⁶ aporta en su investigación que la deficiencia energética en la población estudiada genera un riesgo de deficiencia nutricional específica, además que la mayoría de las mujeres entrevistadas reporta hacer algún tipo de actividad física, por lo que advierte el

riesgo de sufrir deficiencias de la salud ósea. Concluye que la calidad de la dieta de la población en estudio es mala y no cubre el requerimiento básico de fibra, hierro y calcio.

Disant⁷ por su parte realiza una comparación del porcentaje de grasa y disponibilidad energética para identificar los riesgos nutricionales y de salud en gimnastas de 10 a 14 años de edad. Ella menciona que, según las exigencias de esa disciplina, las jóvenes que la practican deben poseer agilidad, flexibilidad y ligereza, por lo que se busca tener un cuerpo delgado, fuerte y flexible; por consiguiente, se encuentran sometidas a gran presión social que las lleva a tener estilos de vida inadecuados.

La autora Disant⁷ menciona que el entrenamiento de alta exigencia combinado con alteraciones alimenticias son las causas más habituales para presentar la tríada de atleta femenina, que incluye además de baja disponibilidad energética, la presencia de amenorrea y osteoporosis; afirma, además, que su investigación pretende demostrar que el método más adecuado para determinar la tríada de la atleta femenina es la disponibilidad energética con el fin de disminuir la prevalencia y concientizar sobre los peligros de esta.

Disant⁷ concluye que la mayoría de las mujeres entrevistadas come más de lo recomendado, pero se identifican deficiencias de micronutrientes. Afirma que la mitad de la población tiene una disponibilidad energética reducida o baja, lo que puede ocasionar, más adelante, bajo porcentaje de grasa y esto, a su vez, posibles problemas menstruales, por lo que asegura que la disponibilidad energética es un mejor indicador para la tríada de atleta femenina.

Rodríguez y Vargas⁸ investigaron sobre factores sociales y psicológicos que afectan el estado nutricional de gimnastas entre 11 y 16 años, donde analizan factores de riesgo sociales vinculados con la práctica de la gimnasia, como la existencia de deportes y modalidades de riesgo, especialización precoz, el nivel de competición, aumento del

volumen de la actividad física acompañado de restricción alimentaria y la utilización de métodos poco saludables para perder peso.

Los autores⁸ antes mencionados refieren, además, que se estudian, en la investigación, los factores psicológicos como el impulso a la delgadez, insatisfacción corporal, baja autoestima, perfeccionismo, entre otros; que pueden tener repercusiones sobre la salud física de la población bajo estudio.

Rodríguez y Vargas⁸ extraen que en ese grupo de estudio la mayoría de gimnastas no realizaba meriendas, principalmente, en horas de la tarde; ocho de las gimnastas utilizaban dietas bajas en calorías, cuatro de ellas sin asesoramiento nutricional; además, la mayoría presenta impulso a la delgadez, insatisfacción corporal, baja autoestima y desconfianza interpersonal. Afirman también que, según la escala de evaluación de Gardner, la mayoría de gimnastas desea ser más delgada y, según índice de distorsión de la imagen corporal, gran porcentaje de ellas se percibe gordas.

Bolaños⁹ realiza un estudio sobre la percepción de los efectos en la salud física de los hábitos alimenticios y la relación con los ejercicios aeróbicos que realizan mujeres entre 20 y 40 años. La autora investiga efectos tanto positivos como negativos sobre la relación que se guarda entre los hábitos alimenticios y el ejercicio aeróbico.

Bolaños⁹ menciona que si se mantiene un balance entre los hábitos alimenticios y el ejercicio algunos de los efectos positivos serán el control y prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, entre otras. Por el contrario, si se pierde ese equilibrio pueden presentarse efectos como la presencia de los componentes de la triada de atleta femenina además de problema gástricos y deficiencias nutricionales importantes.

La autora Bolaños⁹, al finalizar su estudio, se encuentra con un buen panorama en la población, debido a que concluye que la mayoría de las mujeres entrevistadas realiza

ejercicios aeróbicos de manera rutinaria y cuenta con adecuados hábitos alimenticios, por lo que el único efecto negativo que localiza es el estreñimiento en algunas de ellas.

Jiménez¹⁰ realiza un estudio acerca de los efectos que generan las dietas bajas en carbohidratos y proteínas sobre la composición corporal en los varones que realizan ejercicios de fuerza. En este estudio, la autora menciona que en la actualidad la distorsión de la imagen corporal es un problema mundial que cada día afecta a más personas; Jiménez menciona que estas tendencias también se pueden evidenciar en Costa Rica, ya que se han observado a lo largo de los años variaciones en la percepción de belleza, así como en los hábitos de la población.

La autora¹⁰ antes mencionada indica que en Costa Rica ha habido un aumento del interés por una aptitud física y el deporte y esto, acompañado de un adecuado estado nutricional, optimiza la salud y mejora la condición de los atletas. Por ende, el realizar dietas que no aporten los requerimientos del organismo o regímenes dietéticos elaborados por una persona sin conocimiento sobre el tema pueden precipitar la aparición de enfermedades.

Jiménez¹⁰ menciona que diversos autores refieren que los atletas, cuando llevan a cabo una dieta, reciben información de nutricionistas o dietistas y entrenadores; sin embargo, la mayoría de ellos obtiene la información de revistas no científicas, personas no profesionales en el área de nutrición e incluso entrenadores que no poseen cursos formales de nutrición, lo que representa un riesgo para los deportistas. Esta misma autora indica que los usuarios buscan reducir su porcentaje de grasa corporal y aumentar su masa muscular, por lo que caen en malas prácticas que pueden llegar a afectar su salud.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se efectuará con 141 mujeres de edades entre los 17 y 40 años que asisten regularmente al Gimnasio Curves, ubicado en el cantón de Desamparados, durante el período marzo-abril, 2017.

1.1.3 Justificación

La presente investigación se justifica bajo el marco de conveniencia, planteada por Hernández¹¹, ya que tomando como punto de partida el aspecto de salud de la mujer en el deporte, tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo el síndrome de atleta femenina, además, de esta manera, evitar la presencia de los componentes de la tríada de atleta femenina en todas aquellas mujeres que practican deporte en el Gimnasio Curves.

Izquierdo, et al.², en el año 2006, mencionan que, en los diez años previos a su investigación, la aparición de esta tríada aumentó doce veces; Marqués y González¹², en el año 2012, indican que la prevalencia de amenorrea en mujeres practicantes de deportes puede establecerse entre 25 % y 65 %, en contraste con un 5 % en la población general. Por su parte, Saenz¹³ señala que, con el pasar de los años, se ha promovido una mayor inclusión del género femenino al ejercicio y al deporte.

En los datos antes mencionados, se demuestra que existe un aumento en la participación de las mujeres en la práctica de actividad física y deporte; sin embargo, también, se puede observar el incremento de los problemas de salud generados por una práctica inadecuada, por lo que nace la inquietud de realizar esta investigación con el fin de educar a la población femenina sobre los riesgos que se pueden correr al no realizar deporte de manera correcta y no cumplir con todos los requerimientos energéticos del organismo.

Este estudio procura ser una herramienta para todas las mujeres que practican deporte o actividad física, ya que aporta información y educación, no solo con el objetivo de prevenir la presencia de factores de riesgo en la población bajo análisis, sino también para informar al personal y profesionales que se encuentran a cargo de guiar y orientar a las mujeres en sus prácticas del ejercicio, sobre las consecuencias que dicho síndrome puede acarrear a la salud de las mujeres.

Asimismo, hay una búsqueda por beneficiar a todas aquellas mujeres que practican deporte o algún tipo de actividad física en el gimnasio Curves, para que reconozcan e identifiquen los factores de riesgo que poseen y pueden favorecer el desarrollo del síndrome de atleta femenina; además, procura que los resultados sean una base para crear conciencia en la población sobre la importancia de que varíen aquellas conductas o características que las hacen más vulnerables ante la tríada de atleta femenina.

La información existente sobre el síndrome de atleta femenina es escasa, ya que, anteriormente, se estudiaban sus componentes, signos y síntomas como eventos aislados y no como una interrelación entre estos. Además, las investigaciones previas consultadas para este estudio pertenecen, en su mayoría, a profesionales del área de nutrición o deporte; es por esto que nace la inquietud de realizar esta investigación, ya que es importante que los profesionales de enfermería incursionen en este tema, abarcándolo desde una perspectiva holística; aportando, a la población femenina, información y educación sobre las correctas prácticas a la hora de realizar ejercicio físico y deporte.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Caracterizar a las mujeres de edades entre 17 y 40 años que asisten al Gimnasio Curves, Desamparados, durante marzo-abril, 2017 en aspectos sociales y económicos.

Identificar los factores de riesgo modificables y no modificables de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017.

Identificar los signos y síntomas de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

No existen alcances para la presente investigación.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

No existen limitaciones para la presente investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Síndrome de atleta femenina

2.1.1.1 Concepto

Sáenz¹³ señala que a lo largo de la historia la mujer ha sido excluida en muchos campos de la sociedad, uno de estos ha sido el deporte, en donde los aspectos de salud y la belleza han sido dos de las principales razones para excluirlas; sin embargo, en los últimos años, se ha dado un avance en la inclusión del género femenino en la práctica del deporte en sus distintas disciplinas.

Palacios¹⁴, por su parte, menciona que realizar actividad física, regularmente, en las distintas etapas de vida de la mujer provoca grandes beneficios y que el número de mujeres que tienen esto por costumbre o disciplina aumenta cada año, por lo que exterioriza la importancia de estudiar y analizar la influencia del ejercicio sobre la adecuada alimentación y algunos aspectos de la fisiología femenina.

El término síndrome de atleta femenina surge a raíz de la incorporación de las mujeres en el ámbito deportivo, y el constante avance en las investigaciones de salud y deporte. El síndrome de atleta femenina, también conocido como tríada de atleta femenina o tríada de mujer deportista, fue descrito por el Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵, como tema principal en su conferencia de 1992, en la que se hace mención de los componentes de la tríada, dentro de los cuales están los desórdenes alimenticios, amenorrea y osteoporosis, que se desarrollaron ampliamente a lo largo de la investigación.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵, por lo tanto, define la tríada como: «La tríada de la mujer atleta es un síndrome que les ocurre a mujeres jóvenes y adultas con actividad física. Sus componentes, los cuales se relacionan entre sí, son desórdenes alimentarios, amenorrea y osteoporosis»¹⁵.

Benito P. et al.¹⁶ mencionan que para el año 2007 el Colegio Americano de Medicina Deportiva efectúa una revisión y define nuevamente la tríada de atleta femenina como: «Las interrelaciones entre la disponibilidad energética, la función menstrual y la densidad mineral ósea, que puede llegar a manifestarse con síntomas clínicos como trastornos de la conducta alimentaria, amenorrea funcional hipotalámica y osteoporosis»¹⁶.

Benito P. et al.¹⁶, basándose en esta última revisión efectuada por el Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷, señalan que con la nueva definición se pueden ampliar los criterios y se sustituyen algunos aspectos como:

«“Trastornos de la alimentación” que se reemplazan por un espectro que va desde “la óptima disponibilidad de energía” a “baja disponibilidad de energía”, siendo este el factor precipitante con o sin trastorno de alimentación. La disfunción menstrual “amenorrea” ha sido sustituida por el espectro que va desde “eumenorrea” a “amenorrea hipotalámica funcional”. La baja densidad mineral ósea, “osteoporosis” ha sido reemplazado por un espectro que va desde la “salud ósea óptima” a “osteoporosis”»¹⁶.

Hoch A. et al., citado por Benito P. et al.¹⁶, mencionan que algunos investigadores apuntan que se podría ampliar la tríada a una tétada que incluya disfunción endotelial y posible aumento del riesgo cardíaco.

2.1.1.2 Diagnóstico

Sangenis P. et al., citado por Benito P. et al.¹⁶, mencionan que para realizar el diagnóstico de la tríada de atleta femenina es necesario elaborar una evaluación completa de la historia clínica que facilite la detección de factores o la presencia de los componentes del síndrome, esto se recomienda una vez al año o en caso de que la deportista presente lesiones frecuentes, fracturas por estrés o enfermedad.

2.1.1.3 Método diagnóstico

Benito P. et al.¹⁶ sugieren que se debe recopilar los siguientes datos:

- Antecedentes personales y familiares: donde se tomen en cuenta los antecedentes médicos, quirúrgicos y farmacológicos.
- Historia ginecológica: indagar sobre la edad de la menarquía, además de características, frecuencia y duración de los períodos menstruales.
- Historia psicológica: preguntar sobre el estado de ánimo, autoestima, factores que le provoquen estrés, percepción de la imagen corporal.
- Historia deportiva: valorar el tipo, intensidad y volumen de ejercicio que realiza la persona; además de investigar e indagar sobre historial de fracturas y lesiones.
- Historia dietética: solicitar a la persona en cuestión que realice un recordatorio de 24 horas (todo lo ingerido en las últimas 24 horas), preferencias y aversiones alimentarias, historia de peso, si ha presentado atracones, purgas, uso de laxantes, diuréticos, entre otros.
- Exploración física: realizar antropometría, valorar composición corporal, tensión corporal, electrocardiograma y signos que puedan interpretarse como factores de riesgo, tales como lanugo, hipercarotinemias, agrandamiento de parótidas, etc.
- Analítica: realizar un hemograma, valorar electrolitos, perfil bioquímico, hormonas, análisis de orina.
- DXA: densitometría ósea.

Además indican que para realizar el diagnóstico no es necesario que la mujer presente todos los componentes de la tríada de atleta femenina.

2.1.1.4 Componentes de la tríada

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷, basándose en la definición que proponen de la tríada de atleta femenina, indica que existen tres componentes que se interrelacionan entre sí: la disponibilidad energética, la función menstrual y la densidad mineral ósea, que se describen a continuación.

Disponibilidad energética

La disponibilidad energética es el primer componente de la tríada y, según los datos existentes, es común que preceda a los otros dos. La disponibilidad energética se define como: «El consumo de energía total menos el gasto de energía por las actividades diarias y el ejercicio, es decir la cantidad de energía que queda disponible para otras funciones del cuerpo después del ejercicio»¹⁶.

La disponibilidad energética, al disminuir, produce un balance negativo en el organismo; esto quiere decir que el cuerpo, en su intento de compensar la deficiencia de energética, toma la energía utilizada para distintas funciones y procesos, como, por ejemplo, el mantenimiento celular, la termorregulación, el crecimiento y la reproducción. Esto a su vez logra establecer un balance energético, pero promueve y facilita el deterioro de la salud.

Benito P. et al.¹⁶ mencionan que este se puede considerar como el factor que altera la salud reproductiva y ósea en la tríada y que puede presentarse de manera inadvertida, intencionalmente o de manera psicopatológica, es decir, con o sin presencia de desórdenes alimentarios. Además, indica que la reducción de la disponibilidad energética es un factor que comparten cada uno de los componentes de la tríada y puede estar ocasionado por el aumento del gasto energético debido al ejercicio y/o por reducción del aporte energético.

Benito P. et al.¹⁶ recalca, además, que para prevenir la tríada es imprescindible un asesoramiento nutricional, ya que puede pasar desapercibido, gracias a que la deficiencia

de energía debido al aumento de ejercicio no va a provocar un incremento del hambre; por lo que un atleta o deportista puede presentar un balance energético negativo sin desórdenes alimenticios o sin restringir el consumo de energía.

Este mismo autor sugiere, también: «Ni el peso corporal ni el apetito son indicadores fiables del equilibrio energético o de los requisitos específicos de los macronutrientes. Si el déficit de energía es intencional, se habla de escasa energía disponible acompañada de trastornos de la alimentación»¹⁶.

Función menstrual

Konovalova E. y Rivera M. hacen referencia al ciclo menstrual y mencionan que «el ciclo menstrual representa una de las revelaciones del complejo proceso biológico del organismo femenino, que se manifiesta en los cambios periódicos de la función del sistema sexual con las oscilaciones cíclicas simultáneas del estado funcional del organismo»¹⁸.

Estas autoras indican que el ciclo menstrual en condiciones normales tiene una duración de 28 días en promedio y que pueden presentarse variaciones desde 23 a 38 días. Además, mencionan que la menstruación dura de cuatro a cinco días dentro de los cuales hay aproximadamente 250 ml de pérdidas sanguíneas a causa del desprendimiento de dos terceras partes del tejido endometrial.

Benito P. et al. señala lo siguiente:

«Los ciclos menstruales en las deportistas pueden variar desde la menstruación normal (eumenorrea = ciclos menstruales de 28 ± 7 días) a la amenorrea (ausencia del ciclo menstrual) pasando por un amplio y variable espectro de alteraciones, como déficit de la fase lútea, anovulación y oligomenorrea (ciclos menstruales irregulares e inconsistentes con una duración de 36 a 90 días)»¹⁶.

Vázquez V. et al. mencionan que «las alteraciones menstruales se producen cuando existen variaciones en el intervalo, duración y cantidad de sangramiento. Pueden ser provocadas por inmadurez hipotálamo-hipofisiaria, desnutrición, tabaquismo, alteraciones psíquicas y endocrinas, uso de anticonceptivos, estrés, separación del hogar, actividad física excesiva, etc.»¹⁹.

Benito P. et al., por su parte, sugieren que «no existe una teoría única que explique las irregularidades menstruales, y se considera que entre los factores asociados destacan el ejercicio intenso, el peso, la composición corporal, la disponibilidad energética y el estrés físico y emocional»¹⁶.

Estos mismos autores mencionan, conjuntamente, que las últimas investigaciones indican que uno de los principales factores causales de la amenorrea es la presencia de un balance energético negativo que asociado a dietas inadecuadas afectan el equilibrio energético, modifican el esquema corporal y ocasionan reacciones hormonales y metabólicas.

«La escases de energía disponible desencadena la secreción de hormonas del hipotálamo y de neurolépticos periféricos destinados a mantener un equilibrio funcional homeostático frente a la desnutrición de estas pacientes que consiste en inhibición en el hipotálamo, de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) que produce una disminución de la secreción de la hormona luteinizante (LH) en la hipófisis y en consecuencia hipoestrogenismo»¹⁶.

Fundamentado en los datos antes mencionados, se evidencia, entonces, que la relación se establece entre la disponibilidad energética y la función menstrual para el desarrollo de la tríada de atleta femenina.

Densidad mineral ósea

Beers M. et al.²⁰ indican que la estructura ósea brinda forma, estabilidad y movimiento al cuerpo humano. Los huesos, por su parte, son tejidos que se encuentran en constante cambio y desempeñan la función de escudo para proteger órganos delicados y proporcionan al cuerpo una estructura rígida.

Los autores Beers M. et al.²⁰, también, mencionan que los huesos contienen en su interior las reservas de calcio del organismo y la médula ósea que es el lugar donde se constituyen las células sanguíneas. Minerales, como el calcio y el fósforo, son necesarios para dar solidez y densidad a los huesos, el cuerpo requiere un buen aporte, principalmente, de calcio junto con otros, para mantener una adecuada densidad de los huesos.

Beers M. et al. sugieren que además del adecuado aporte de minerales: «El organismo [...] debe producir cantidades necesarias de hormona, como la hormona paratiroidea, la hormona del crecimiento, la calcitonina, los estrógenos en las mujeres y la testosterona en los hombres. También necesita un aporte adecuado de vitamina D para absorber el calcio de los alimentos»²⁰.

La función menstrual y la salud de los huesos se encuentran estrechamente relacionadas. A pesar de que la reducción de la densidad ósea es de origen multifactorial, el principal causante de la osteoporosis premenopáusica, en mujeres físicamente activas, es una disminución de las hormonas ováricas e hipoestrogenemia, como resultado de la amenorrea hipotalámica. Lo anterior expuesto por Benito P. et al.¹⁶.

«Las atletas durante la menstruación aumentan aproximadamente un 2-4 % de la masa ósea por año, mientras que las atletas amenorreicas tienden a perder un 2 % de la densidad mineral ósea por año»¹⁶.

Beers M. et al.²⁰ indican además que existe una influencia en casos donde se presenta una inadecuada formación de tejido óseo entre los 9 y 30 años, como también ante la presencia

de baja ingesta energética que limita el aporte de vitaminas y minerales, lo que puede condicionar una baja densidad mineral ósea.

2.1.1.5 Signos y Síntomas clínicos

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ establece, en la definición de la tríada de atleta femenina, que se puede afirmar que dicha tríada puede llegar a manifestarse con síntomas clínicos como lo son los trastornos de la conducta alimentaria, amenorrea funcional hipotalámica y osteoporosis, que se describen a continuación.

Trastornos de la conducta alimentaria

Serra M.²¹ refiere que los trastornos de conducta alimentaria son un problema procedente de las sociedades occidentales que han adquirido especial relevancia en las últimas tres décadas, debido a la creciente incidencia que reportan y la resistencia al tratamiento. Además, los trastornos de conducta alimentaria constituyen, hoy, la tercera enfermedad crónica en la población adolescente en sociedades desarrolladas y occidentalizadas, así mismo, menciona que algunos autores han calificado este trastorno como una epidemia a causa del aumento de la incidencia y su prevalencia.

La autora Serra M.²¹ define los trastornos de conducta alimenticia como «trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso»²¹.

Los trastornos de conducta alimentaria se caracterizan por síntomas como: elevado nivel de insatisfacción corporal con existencia de ideas distorsionadas relacionadas a comer, el peso y a la imagen corporal. Estas son enfermedades causadas por distintos factores genéticos, sociales, culturales y familiares, se presentan mayormente en mujeres que en varones, este último dato respaldado por la siguiente información estadística:

«Por sexo, 9 de cada 10 enfermos son chicas, solamente un 10 % son chicos. Los estudios de seguimiento de la evolución de la enfermedad una vez han transcurrido entre 5 y 12 años

desde su inicio indican: alrededor del 50 % de los pacientes están completamente recuperados [...], alrededor de 25 % mantienen síntomas como alteraciones menstruales [...], 20 % siguen con el trastorno...»²¹.

Serra M.²¹ menciona, además, que dentro de los principales trastornos alimentarios se encuentran: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastornos de la conducta alimentaria no especificados, los cuales se describen a continuación.

- **Anorexia nerviosa**

Serra M.²¹ refiere que este es el trastorno alimentario más común y se manifiesta con síntomas como pérdida de peso (pudiendo llegar a pesar menos del 15 % de lo que corresponde según sus características), miedo irracional a aumentar de peso y, a la vez, un deseo por adelgazar por medio de dietas severas o ayunos autoimpuestos.

«Todo va acompañado por una preocupación desmesurada por el peso y la figura, una práctica de ejercicio excesiva con la única finalidad de perder peso. En algunos pacientes se observa que no tienen la menstruación durante varios ciclos consecutivos. Les cambia el carácter, se vuelven más irritables, se aíslan de sus amigos y familiares»²¹.

- **Bulimia nerviosa**

Los pacientes con bulimia nerviosa realizan atracones, frecuentemente en la tarde o noche, a escondidas y con espacios de tiempo cortos. Conjuntamente, Serra M.²¹ señala que durante los atracones los pacientes sienten pérdida del control y después tienen gran remordimiento y sentimiento de culpa, por lo que acuden a realizar actos compensatorios como los mencionados en el siguiente apartado:

«...los pacientes tienen una preocupación extrema por el peso y la figura y también distorsión de la imagen corporal. Se manifiesta principalmente por ciclos de atracones repetitivos, seguidos de conductas compensatorias. [...] Estas conductas pueden ser

vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o realización de dietas muy estrictas, también en algunos casos estos atracones se alternan con la práctica de un ejercicio físico intenso»²¹.

Los pacientes con bulimia nerviosa, normalmente, tienen un aspecto físico saludable y un peso normal, por lo que en ocasiones su detección es difícil; es por esto que para identificar este trastorno se debe prestar especial atención a las conductas de la persona.

- **Trastornos por atracón**

La autora Serra M.²¹ menciona que este tipo de trastornos, al igual que la bulimia, se manifiesta por períodos de voracidad y pérdida de control, con la única diferencia de que en los trastornos por atracón las personas no realizan conductas compensatorias, como provocarse el vómito, tomar laxantes, entre otros. Usualmente, realizan dietas muy estrictas, pero recuperan el peso de forma muy rápida.

- **Trastornos de la conducta alimentaria no especificados**

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados incluyen aquellos de conducta alimentaria que no cumplen con todos los criterios establecidos para codificarlo como un trastorno específico.

Amenorrea

Mural J. et al. definen la amenorrea como: «Es la ausencia de menstruación por más de 90 días. No es una enfermedad sino un síntoma dentro de un cuadro clínico que la individualiza»²².

Palavecino N.²³ menciona que la presencia de ciclos menstruales de entre 21 a 35 días tiene una relación estrecha con la función del sistema endocrino y reproductor, por tanto, cuando se presenta una falla en la interacción con alguno de estos sistemas puede aparecer la amenorrea.

Este mismo autor menciona que existen dos tipos de amenorrea. La amenorrea primaria que se presenta cuando una mujer no ha tenido su primera menstruación o menarquía, sin embargo, están presentes ya las características sexuales secundarias a la edad de 16 años. Luego, la amenorrea secundaria es la pérdida de la menstruación por tres o más ciclos consecutivos una vez que ya ha presentado su menarquía.

Benito P.¹⁶ sugiere que no una sola teoría da explicación de las irregularidades en los ciclos menstruales, sin embargo, se asocian los factores como el ejercicio intenso, el peso, la composición corporal, la disponibilidad energética y el estrés físico y emocional. Además acota que «las últimas investigaciones apuntan a que el balance energético negativo es uno de los principales factores etiopatogénicos inductores de la amenorrea»¹⁶.

Palavecino N.²³ refiere que, según algunos estudios realizados, se estima que entre un 1 % y un 44 % de las mujeres atletas presentan amenorrea en algún momento. Además, se afirma que las deportistas jóvenes son más vulnerables a presentar amenorrea por causa de la maduración incompleta del eje hipotálamo hipofisariogonadal. Lo anterior expuesto por Palavecino N.²³, quien también menciona lo siguiente:

«El control del ciclo menstrual normal yace en el eje hipotálamo-hipofisario gonadal. La secreción pulsátil de hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) por el hipotálamo, estimula la producción y secreción de la hormona luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH) por la hipófisis anterior, que a su turno estimulan al ovario para la producción de estradiol y progesterona y la ovulación en la mitad del ciclo»²³.

Benito P. et al.¹⁶, por otra parte, acotan los siguientes datos:

«La escasez de energía disponible desencadena la secreción de hormonas del hipotálamo y de neuropéptidos periféricos destinados a mantener un equilibrio funcional homeostático frente a la desnutrición de estas pacientes que consiste en inhibición en el hipotálamo, de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) que produce una disminución de la

secreción de hormona luteinizante (LH) en la hipófisis y en consecuencia hipoestrogenismo»¹⁶.

Osteoporosis

Benito P. et al. definen la osteoporosis como: «La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una baja densidad molecular ósea y un deterioro en la microarquitectura del tejido óseo que produce una mayor fragilidad esquelética y un mayor riesgo de fractura»¹⁶. Beers M. et al., a su vez, proporcionan la siguiente definición: «La osteoporosis es una enfermedad progresiva en la que disminuye la densidad ósea, de modo que los huesos se debilitan y resulta más fácil que se produzcan fracturas»²⁰.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷, en su revisión sobre la tríada de atleta femenina realizada en el 2007, menciona que la pérdida ósea que ocurre en las atletas amenorréicas y oligomenorréicas es similar a la que sucede en mujeres postmenopáusicas. Además, este mismo ente menciona que un grupo de expertos convocados por la OMS estableció ciertos criterios diagnósticos para la osteoporosis, los cuales se tomaron del anterior pronunciamiento en 1997.

«Normal: densidad mineral ósea (DMO) que no es mayor de 1 Desviación Estándar (DE) por debajo del promedio de los adultos jóvenes. Osteopenia: una DMO entre 1 y 2.5 DE por debajo del promedio de los adultos jóvenes. Osteoporosis: una DMO superior a los 2.5 DE por debajo del promedio de los adultos jóvenes. Osteoporosis severa: Una DMO superior a los 2.5 DE por debajo del promedio de los adultos jóvenes más una o más fracturas por fragilidad»¹⁵.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ refiere que la principal causa de la osteoporosis premenopáusica en las mujeres físicamente activas es la disminución de la

producción de hormonas ováricas y una hipoestrogenemia como resultado de una amenorrea hipotalámica.

2.1.1.6 Tratamiento

El tratamiento y la manera de dar seguimiento al síndrome de atleta femenina aún no está claro, ya que existe escasa información tanto en investigaciones como en libros y publicaciones, sin embargo, el Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ establece el siguiente tratamiento clasificado en farmacológico y no farmacológico.

Tratamiento farmacológico

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ indica que, usualmente, se puede recurrir al uso de antidepresivos para los trastornos como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa una vez que se restaure del peso corporal. Igualmente, menciona que en cuanto a la densidad mineral ósea no existe ningún agente farmacéutico aprobado que la restaure completamente. Refiere también que 93 mujeres diagnosticadas con amenorrea (sin anorexia nerviosa) optaron por recibir dos tratamientos farmacológicos o ninguno.

Los tratamientos mencionados son la terapia de reemplazo hormonal y el tratamiento con píldora anticonceptiva, para ambas, el resultado fue negativo ya que no hubo beneficio alguno de la terapia de reemplazo hormonal y la píldora anticonceptiva oral produjo un retraso y reducción en la probabilidad de restaurar los ciclos menstruales. Sin embargo, indican que ninguna de las mujeres con índice de masa corporal bajo se recuperó, a diferencia de las mujeres que aumentaron dicho índice.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ hace énfasis en la necesidad de nuevas investigaciones en relación con el tratamiento farmacológico para el síndrome de atleta

femenina, por lo que reitera que, mientras se encuentra a la espera de nuevos estudios, la disponibilidad energética y la función gonadal son piedras angulares del tratamiento.

Benito P. et al.¹⁶, para el año 2014, indica en su apartado sobre el tratamiento para la tríada que aún no se cuenta con un agente farmacológico aprobado. Además añade que «los anticonceptivos orales antes eran un pilar en el tratamiento de la amenorrea, pero los estudios no han demostrado reducción del riesgo de fractura y parece que es más eficaz recuperar el estado nutricional; no obstante puede ser adecuado iniciar un tratamiento hormonal tras seis meses de amenorrea ya que después de tres años de amenorrea la pérdida de masa ósea es irreversible»¹⁶.

Según los datos registrados desde el 2007 (fecha del pronunciamiento del Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷) hasta el 2014 (año de publicación del libro *Alimentación y nutrición en la vida activa: ejercicio físico y deporte*), no se han reportado estudios en relación con el desarrollo de nuevas investigaciones sobre tratamiento farmacológico para esta patología.

Tratamiento no farmacológico

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ menciona, en su pronunciamiento en el año 2007, que el primer objetivo del tratamiento es restaurar el ciclo menstrual y aumentar la densidad mineral ósea por medio de una adecuada modificación de la dieta y del comportamiento a la hora de realizar el ejercicio, esto con el fin de aumentar la disponibilidad energética, o bien, disminuir el gasto de energía para mantener un adecuado balance entre ellos.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷ menciona que es necesario, además, el adecuado aporte de nutrientes para la construcción ósea, tales como calcio, vitamina D y vitamina K; con respecto al calcio y la vitamina D, refieren que pueden ser necesarios

suplementos de estos, sin embargo, sugiere que se deben realizar más estudios para verificar si el consumo de estos suplementos puede ayudar al aumento de la densidad mineral ósea.

Las mujeres que practican ejercicio intenso, en algunos casos pueden necesitar un adecuado aporte de minerales y el aumento del consumo de proteína. Así mismo, las deportistas o atletas que practican algún comportamiento restrictivo de alimentación deben ser referidas o aconsejadas por un profesional en nutrición para valorar si se requiere un aumento en el peso corporal y, así, favorecer el aumento de la densidad mineral ósea.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁷, en este pronunciamiento, menciona que un pilar para lograr el éxito en el tratamiento es establecer una relación de confianza entre el atleta y los profesionales de atención. De la misma forma, se recalca que entre más joven es la persona, más participación debe haber por parte de la familia. Al mismo tiempo, puede requerirse asesoramiento nutricional, psicoterapia individual, tratamiento de terapia cognitivo conductual, de grupo y familiar según la situación.

Benito P. et al.¹⁶, por su parte, aporta que es imprescindible un equipo multidisciplinar que permita tratar aspectos médicos, nutricionales, psicológicos, psiquiátricos donde no solo se encuentre inmersa la persona afectada por la tríada, sino, también la familia e involucrados en el entorno deportivo en donde se desenvuelve.

2.1.1.7 Prevención

La prevención se enfoca en brindar una adecuada educación a las mujeres físicamente activas y deportistas y a todas las personas que se encuentran involucradas en su entorno deportivo para que conozcan el problema de este síndrome y sean capaces de reconocer sus signos y síntomas. Lo anterior, citado por Benito P. et al¹⁶, además indican que la prevención debe estar orientada en tres puntos fundamentales:

Trasmitir a las mujeres que el entrenamiento o competición debe ser coherente y mantener un equilibrio con la salud mental. Con esto se refiere a hacer énfasis a que la actividad deportiva no debe estar solo enfocada en ganar a toda costa (en el caso de las mujeres que compiten) o perder mucho peso (para las que mantienen ese objetivo a la hora de realizar ejercicio).

Aportar conocimientos adecuados para mantener una alimentación correcta y provechosa para el organismo, que permita mantener un peso óptimo y un adecuado estado nutricional. Diagnosticar oportunamente los factores de riesgo como: cambios repentinos de peso, trastornos de la alimentación, irregularidades menstruales o amenorrea, nivel de estrés, síntomas depresivos, insatisfacción con el peso o forma del cuerpo, intensidad del entrenamiento.

2.1.2 Factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define factor de riesgo como: «Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión»²⁴; además, en otra publicación realizada por esta organización, define factor de riesgo como «condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones»²⁵.

Autores, como Palacios N.¹⁴, el Colegio Americano de Medicina Deportiva^{15,16}, Izquierdo, et al.², entre otros, hacen mención a características o condiciones que se asocian con el desarrollo de la tríada de atleta femenina, los cuales se mencionan a continuación.

Palacios N.¹⁴ menciona que, según numerosos estudios realizados, se puede evidenciar la relación existente entre las alteraciones en el ciclo menstrual y los regímenes dietéticos, la pérdida de peso autoimpuesta y el bajo peso corporal. Además, menciona que es importante prestar especial atención a la presencia de cambios en el ciclo menstrual,

alteración de los patrones de conducta alimentaria, modificaciones en el peso corporal, depresión y fracturas de estrés.

La autora Palacios N.¹⁴ indica, también, que toda niña y mujer físicamente activa está en riesgo de desarrollar uno o más componentes de la tríada, también que los cambios biológicos, la presión social y la preocupación por la imagen corporal hacen a la población más vulnerable.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵, por su parte, establece que son potencialmente propensas las mujeres jóvenes y adultas físicamente activas; igualmente, la presión de los amigos, la imposición social de ser delgado y la preocupación por la apariencia física crean mayor exposición o riesgo.

Esta institución, además, sugiere en su revisión a la tríada de atleta femenina realizada en el año 2007 que están en mayor riesgo las personas que restringen la ingesta de energía en la dieta y limitan el tipo de alimentos que van a comer, factores ambientales y sociales, predisposición psicológica, baja autoestima, disfunción familiar, abuso, factores biológicos y aquellas personas que han tenido un inicio temprano en las prácticas deportivas.

Izquierdo, et al.² establecen que los factores de riesgo para la tríada de atleta femenina pueden agruparse en: factores genéticos (edad de la menarquía, características antropométricas, retraso en la pubertad, mujeres delgadas con morfologías andróides), nutricionales (balance energético negativo, ingesta insuficiente de minerales, restricción alimenticia), psicológicos (estrés, ansiedad, depresión, confusión, fatiga, entre otros) y ambientales (climáticos y geográficos).

Los factores de riesgo, para efectos de esta investigación se clasifican en: factores no modificables y modificables, dentro de los cuales se incluyen algunos de los factores de interés mencionados por los autores anteriormente citados.

2.1.2.1 Factores no modificables

Los factores de riesgo no modificables que se toman en cuenta para esta investigación son el sexo, la edad y los antecedentes familiares que se detallan a continuación:

Sexo

La autora Serra A.²¹ establece además que según el sexo, 9 de cada 10 personas con trastornos de conducta alimentaria son mujeres. Este aspecto puede verse muy influenciado por la idea que ha dictado la sociedad y los medios de comunicación de que la mujer debe ser delgada. En adolescentes, es muy importante la presión social que se ejerce de quienes están a su alrededor.

Téllez M.²⁶ hace referencia a la relación que se establece entre el sexo y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y menciona que la anorexia nerviosa se presenta mayormente en el sexo femenino, ya que se establece que menos del 10 % de las personas con anorexia son del sexo masculino.

Hermoso M.²⁷, a su vez, indica que «la incidencia de osteoporosis es mayor en mujeres que en los varones, debido a que en los varones la masa ósea es mayor, a la ausencia de un equivalente de la menopausia, a una menor tendencia a caerse y a una esperanza de vida más corta»²⁷.

Edad

Hermoso M.²⁷ hace referencia a que la masa ósea del adulto alcanza su valor máximo a los 35 años, aproximadamente, por lo que una persona que no alcance una masa ósea óptima durante la infancia y adolescencia tiene mayor riesgo de padecer osteoporosis, aún sin producirse una pérdida acelerada de masa ósea.

Los trastornos de la conducta alimentaria, en la actualidad, han alcanzado especial relevancia, debido a la alta incidencia y gravedad de la patología, actualmente, se establece que estos constituyen la tercera enfermedad crónica entre población femenina adolescente y juvenil. Todo lo anterior expuesto por Serra A.²¹.

Antecedentes familiares

Izquierdo, et al.² mencionan que, primeramente, se tenía la teoría de que el entrenamiento previo a la menarquía era la causante del retraso de su aparición, sin embargo, los análisis elaborados y documentados sobre este tema han venido a contradecir esa teoría, debido a que distintos autores mantienen que algunos deportes atraen mujeres genéticamente delgadas, con morfologías andróides y retraso de la pubertad pre-programada.

Los autores Izquierdo, et al.², además, indican que en la práctica se ha comprobado que muchas de ellas proceden de familias con maduración tardía y menor estatura, lo que establece un posible vínculo genético en las alteraciones menstruales en deportistas.

Hermoso M.²⁷, por su parte, explica que, en relación con la osteoporosis, se ha demostrado que esta enfermedad es más frecuente en hijas de mujeres osteoporóticas, sin embargo, aún lo se ha logrado establecer un patrón de transmisión genético específico para esta patología. Hace mención a que el peso de la carga genética se evidencia, mayormente, en el pico de masa ósea que se logre alcanzar en las primeras décadas de la vida.

Téllez M.²⁶ hace referencia a los trastornos de conducta alimentaria y señala que estos poseen una etiología multicausal, dentro de los cuales se encuentran los factores genéticos. Menciona que «los factores genéticos registran que entre hermanas es mayor la porción de padecer anorexia y bulimia»²⁶.

La autora Téllez M.²⁶, de la misma forma, recalca que existen distintos estudios acerca de casos y controles donde se identifica una asociación positiva entre polimorfismos y mayor

vulnerabilidad a padecer anorexia nerviosa. Conjuntamente, se menciona que «en cuanto a la bulimia nerviosa, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 10»²⁶.

2.1.2.2 Factores modificables

Los factores modificables que se consideran para efectos de esta investigación son la baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, presión social e imposición de ser delgado, bajo peso y porcentaje de grasa corporal, regímenes dietéticos de adelgazamiento autoimpuestos, dinámicas familiares, actividad física y deporte, hábitos alimenticios, aspectos sociales, aspectos económicos, que seguidamente se desarrollan:

Baja autoestima

La autora Serra M. define autoestima como: «Las ideas que una persona tiene sobre sí misma configuran su auto concepto, y la valoración que hace sobre sí misma es la autoestima, es decir, la manera en que nos pensamos, juzgamos y valoramos»²⁸.

Esta autora indica que los pensamientos negativos que se crean pueden estar dirigidos hacia lo que uno hace, lo que uno piensa de sí mismo como persona y lo que uno cree que piensan los demás sobre uno mismo. Estos pensamientos pueden generar graves consecuencias y dañar la autoestima e incluso modificar el comportamiento social y ocasionar sentimientos de tristeza y depresión en la persona.

Serra M.²⁸ menciona, además, que la baja autoestima puede provocar inseguridad e incapacidad en la persona, lo que restringe al individuo para expresarse con libertad e impone barreras en la realización de ciertas actividades, por ejemplo, usar determinado tipo de vestimenta. Lo anterior expuesto por Serra M.²⁸.

Distorsión de la imagen corporal

Rivarola M.²⁹ expone que la imagen corporal es una representación mental que se posee del cuerpo, esta se va formando a lo largo de la niñez y la adolescencia, en esa etapa el resultado que se obtenga de la imagen corporal es de suma importancia para el desarrollo psicosocial de la persona. Se menciona además que la imagen corporal es significativa para la autoestima del individuo.

Esta misma autora, indica que, en 1965, una autora de apellido Bruch fue quien sugirió por primera vez la existencia de un trastorno de la imagen corporal en personas con anorexia y bulimia nerviosa entendiéndolo como: «a) alteración del propio concepto corporal, b) trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos, y c) sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales»²⁹.

Rivarola M.²⁹ menciona que los trastornos de la imagen corporal pueden tener dos formas de expresión. La primera es “perceptual” y hace referencia a la inexactitud con que la persona estima sus dimensiones corporales. La segunda es el “componente afectivo o emocional”, este representa las cogniciones y actitudes respecto cuerpo y, a la vez, el grado de satisfacción o insatisfacción con este.

La autora Rivarola M.²⁹ menciona que, en los últimos años, han surgido teorías que pretenden dar explicación a la presencia de alteraciones de la imagen corporal relacionadas con trastornos alimentarios. Estas teorías se pueden clasificar en tres:

«Las teorías perceptuales tratan sobre las percepciones referentes al tamaño del cuerpo, con un basamento netamente biológico [...], las teorías subjetivas, se encuentran las referidas al desarrollo que hacen hincapié en las etapas evolutivas de la niñez y la adolescencia [...], las teorías socioculturales, que examinan las influencias de los modelos sociales, expectativas y experiencias en la etiología y mantenimiento de la distorsión de la imagen corporal»²⁹.

Presión social e imposición de ser delgado

La autora Rivarola M.²⁹ hace hincapié sobre el culto que se le rinde al cuerpo en la sociedad actual, además indica que la industria en muchos casos, está basada en la sobrevaloración de la delgadez. Gran parte de la publicidad está orientada a presentar como ideal el ser delgado, para ello, incluso, se ofrecen productos que no siempre son eficaces y, por el contrario, resultan perjudiciales para la salud.

Rivarola M.²⁹ indica que muchas veces la publicidad es disfrazada relacionando el concepto de delgadez con salud, “estar en forma”, mantenerse joven o con ideas de triunfo y poder. La autora menciona que estos mensajes socioculturales afectan de gran manera el comportamiento y pensamiento de las personas, principalmente, los jóvenes, ya que debido a esto se pueden implantar en ellos conductas riesgosas tanto físicas como psicológicas.

Se reporta que, a partir de datos epidemiológicos, según Rivarola M.²⁹, el ideal de ser delgada representa una grave amenaza y problema para la salud, en los casos que se acompaña de anorexia y bulimia conducen a un 6 % de la población que los padece hasta la muerte.

Sánchez, citada por las autoras Moreno M y Ortiz G., menciona que: «La imagen corporal que perciben las personas se ha asociado frecuentemente con la modificación nociva de los hábitos alimentarios, hasta llegar a constituir un problema de salud. Se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia»³⁰.

Bajo peso y porcentaje de grasa corporal

Izquierdo M. et al.² mencionan que se ha observado una importante incidencia de los componentes de la tríada de atleta femenina en aquellas personas que practican algún

deporte que requiere bajo peso corporal, ya sea por estética o por competencia, en categorías de peso y, para ello, muchas veces requieren realizar restricciones dietéticas.

Los autores Izquierdo M. et al.² hacen referencia también a que los desórdenes alimentarios, comúnmente, se adoptan con el objetivo de perder peso, esto por la apariencia física o para conseguir el peso adecuado para competir. Los hábitos antes mencionados pueden llevar a la desnutrición afectando la fuerza, la resistencia, el tiempo de reacción, la velocidad y la habilidad para concentrarse, o bien, disminución del desempeño deportivo y mayor riesgo de lesiones; tiene impacto en deportistas de alto rendimiento, como en mujeres que practican ejercicio con el fin de mantener la figura estética.

Palacios N¹⁴ por su parte, indica que algunas mujeres pierden mucho peso y grasa corporal a la hora de iniciar un plan regular de ejercicios y que diversos estudios establecen una asociación entre la disminución de grasa corporal y la pérdida del ciclo menstrual en las mujeres que realizan deporte. Además, indica que «las deportistas amenorreicas suelen ser más delgadas y han perdido más peso después del inicio del entrenamiento que sus equivalentes con ciclos menstruales regulares»¹⁴.

Esta misma autora¹⁴ refiere que Frisch y Cols, en el año 1981, observaron que un grupo de estudiantes que inició sus entrenamientos antes de la menarquía consumían menos cantidad de grasas y proteínas que un grupo de estudiantes que inició luego de la aparición de la menarquía. Como resultado, obtuvieron que el primer grupo presentara un índice mayor de amenorrea.

Palacios N. sugiere que «el metabolismo estrogénico puede presentar modificaciones con el cambio de peso corporal y de la dieta, y estas variaciones podrían ser uno de los factores responsables de los trastornos menstruales en algunas deportistas»¹⁴.

Regímenes dietéticos de adelgazamiento autoimpuestos

Serra M.²⁸ señala que estos regímenes están conformados por reglas estrictas que implantan lo que se debe comer, la cantidad y durante cuánto tiempo. En cuanto a esa definición recalca que es importante tener en cuenta dos elementos: “las reglas estrictas” y “la duración”.

La autora refiere que, comúnmente, las reglas estrictas producen estados de privación que terminan provocando el abandono del régimen, una vez que esto sucede la persona siente libertad de comer desaforadamente hasta que la retoman, lo que puede ser perjudicial para la salud.

Serra M.²⁸, a su vez, establece que las dietas para adelgazar casi siempre se realizan en un período de tiempo corto y esto no resulta saludable; por el contrario, recomienda realizar una adecuada educación de los hábitos alimentarios e implementarlos en un estilo de vida saludable. De la misma manera, destaca que «las dietas sin control y por razones estéticas son peligrosas, deben estar recomendadas por profesionales y siempre dentro del ámbito de la salud. En los últimos años, se observa que diferentes sectores de la población se obsesionan por realizar “dietas milagrosas”, monótonas, proteinadas, disociadas; muchas de ellas, a la larga, pueden provocar problemas graves de salud»²⁸.

Dinámicas familiares

La dinámica familiar se ha visto relacionada en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria e indica que a partir de diversos investigadores existen tres modelos de ambientes que pueden tener afectación en ello, según Serra M.²⁸, los cuales son: ambiente familiar desestructurado, ambiente familiar sobre protector, experiencias vitales estresantes los cuales se describen, brevemente, a continuación.

Ambiente familiar desestructurado: según se expone las personas que se encuentran dentro de una familia con estructura inestable e insegura poseen un mayor riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, principalmente, si, además, posee otros factores de riesgo.

Ambiente familiar sobre protector: las familias donde la comunicación y dinámica es demasiado rígida, controladora y exigente pueden influir a que se dé la presencia de un trastorno alimentario.

Experiencias vitales estresantes: de igual forma, Serra M.²⁸ menciona que algún cambio traumático en la familia, por ejemplo, el fallecimiento de uno de los miembros genera mayor vulnerabilidad en las personas.

Actividad física y deporte

Palacios N.¹⁴ menciona que en la actualidad, gran cantidad de mujeres jóvenes y adultas realizan actividad física de forma regular, esto genera múltiples beneficios, por lo que recomienda que se adquiera como un hábito realizar actividad física en las distintas fases de vida. Sin embargo, debido al incremento en el número de mujeres que practican deporte, ha aumentado la frecuencia con la que se presentan problemas derivados con una práctica inadecuada.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵ concuerda con la autora antes mencionada e indica que la mayoría de mujeres jóvenes y adultas se beneficia, significativamente, al realizar ejercicio físico sin generar riesgo para la salud, sin embargo, si se generan lesiones, es indispensable que se detecten y traten de inmediato por profesionales en el área de salud y deporte.

Todas las mujeres físicamente activas están en riesgo potencial de desarrollar uno o varios componentes de la tríada, añadiendo mayor vulnerabilidad a aquellas que practican algún

deporte que resalta la pérdida de peso, como la danza, gimnasia, buceo o aeróbicos. Deportes de resistencia que resalta el peso corporal bajo como carreras de larga distancia o ciclismo. De igual forma, aquellos que requieran utilización de ropa que revele la silueta como porrismo, natación, buceo o voleibol; además, poseen mayor riesgo las mujeres que aumenten el volumen de actividad física y lo acompañen de restricción de alimentos; menciona El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵.

Hábitos alimenticios

Ibáñez J. y Astiasarán I.³¹ mencionan que una inadecuada alimentación, que se acompañe o no de trastornos de la conducta alimentaria, afectará, de manera significativa, la salud de una persona: «Una restricción calórica moderada, mantenida, se acompaña de la supresión de formación de hueso»³¹. Por lo que indican que las personas jóvenes que mantienen malos hábitos alimentarios con déficit calórico moderado, aun sin alteraciones menstruales, pueden entorpecer el alcance del pico de densidad mineral ósea establecido en sus genes.

Además, estos autores³¹ añaden que muchas de las complicaciones que se presentan que tienen relación con la anorexia surgen como consecuencia directa o indirecta del ayuno y afirma que, si no se cuenta con el suficiente aporte energético y esta situación se mantiene durante un período de tiempo excesivo, se puede llegar a afectar los sistemas cardiovascular, endocrino, reproductor, gastrointestinal, renal y nervioso central.

Los autores Esquivel R. et al.³², desde otra perspectiva, expresan que la publicidad a través de medios como la televisión, radio y revistas tiene influencia sobre los hábitos alimenticios en relación con la compra e ingestión de productos con escaso valor nutricional, por ejemplo, refrescos, frituras, pastelillos, etc.

Los productos como frituras, pastelillos, refrescos, entre otros, por sus características, no aportan los nutrientes ni requerimientos energéticos del organismo, en especial para las

personas que practican deporte. Por esta razón, Esquivel R. et al. mencionan que «...es importante, desde la infancia, adquirir hábitos alimentarios que favorezcan una acertada selección, preparación y consumo, es donde la educación tiene su mayor efecto»³².

Calvo S. et al.³³ menciona que existen agentes que modifican los hábitos alimenticios dentro de los cuales destacan la estructura familiar, el sistema académico y laboral, los recursos y el reconocimiento y valoración social, los cuales se describen brevemente a continuación:

Estructura familiar

La familia y los roles que se desempeñan con cada uno de los componentes son de suma importancia y muy influyentes en la formación y mantenimiento de los hábitos alimenticios: «La familia de origen marca unas pautas en el consumo de alimentos: frecuencia, ritmo, volumen y tamaño de las raciones, estacionalidad, presencia en determinados acontecimientos sociales, preparaciones culinarias especiales...»³³.

Los autores refieren que en el pasado se ligaba la forma de alimentarse con la presencia de la mujer en el hogar que era la que se encargaba de realizar las tareas domésticas y velar por ello, actualmente, en las familias se cuenta con más problemas para plantear una convivencia organizada y establecer hábitos que respondan a los requerimientos corporales saludables.

Calvo S. et al.³³ mencionan que, actualmente, «muchas de las comidas se toman fuera de la casa siendo las empresas de restauración colectiva quienes deciden la oferta cuya finalidad es, fundamentalmente, de carácter económico. No obstante, las recomendaciones de las instituciones sanitarias están consiguiendo que acepten la importancia de los valores nutricionales y la necesidad de adaptar su plan de menús a los grupos que atienden»³³.

Asimismo, ellos sugieren que para conseguir hábitos de alimentación adecuados es necesaria la organización de los que se encuentran en el núcleo familiar, y se cuente con la participación de todos para mantener hábitos saludables, según sus características y necesidades.

Sistema académico y laboral

Actualmente, las jornadas de trabajo y los horarios escolares han obligado a la población a recurrir en múltiples casos a utilizar los servicios de alimentación de restaurantes, esto conlleva ventajas e inconvenientes para los hábitos alimenticios. Muchas familias han cedido la responsabilidad de la formación de sus hábitos alimenticios a las guarderías infantiles, comedores escolares y laborales. Mencionan que ocurre, principalmente, con la comida del mediodía o almuerzo y este representa un 30 % o 35 % del total de las necesidades nutricionales diarias. Lo anterior expuesto por Calvo S. et al.³³.

«...ante las patologías crónicas relacionadas con la forma de alimentarse: obesidad, hipertensión, diabetes etc. Los organismos sanitarios han tratado de incorporar en las políticas nutricionales, tanto a las empresas agroalimentarias como a las que desarrollan servicios de restauración colectiva para que, al menos, indirectamente, contribuyan con su oferta a la implantación y/o mantenimiento de hábitos alimentarios saludables»³³.

Recursos

Es común que las personas creen que contar con mucho dinero es sinónimo de comer saludablemente, los autores Calvo S. et al.³³ niegan esta teoría. Mencionan que es difícil mantener una alimentación saludable cuando existen limitaciones económicas drásticas, sin embargo, indican que se puede obtener una alimentación saludable con menos dinero del que las personas tienen en mente.

Calvo S. et al.³³ afirman que para conseguir una alimentación saludable es indispensable realizar un esfuerzo personal orientado a mantener hábitos adecuados y no siempre recurrir a alimentos listos para servir. Con la educación adecuada se pueden adquirir productos a precios muy razonables que aporten gran valor nutritivo y satisfactorio y, así, mantener un balance entre la economía y la salud alimenticia.

Reconocimiento y valoración social

Como último punto los autores mencionan: «La creación de un buen clima de opinión en la sociedad, respecto a la necesidad de mantener una alimentación equilibrada para proteger la salud constituye un estímulo muy eficaz para que determinadas conductas se favorezcan»³³.

Por lo tanto, indican que la población, usualmente, quiere sentirse apoyada en la realización de sus hábitos. En la actualidad, el ejercicio físico y el desarrollo de una vida activa como un hábito es reconocido socialmente y aceptado por la población, por esto sugieren lo siguiente:

«...sería muy positivo y beneficioso, que los hábitos alimentarios saludables como reducir el consumo de grasas, tomar raciones moderadas [...], seguir una dieta variada, incluir abundante cantidad de frutas y verduras, pescado como alternativa a las carnes y huevos, presencia importante de lácteos, el pan como alimento de complemento de las comidas, las legumbres, los cereales y las pastas como alimentos básicos, postres dulces con moderación, el agua como bebida habitual y el aceite de oliva como grasa de condimento formaran parte de las normas aceptadas por el conjunto de la sociedad»³³.

Calvo S. Et al.³³, para finalizar, recomiendan que la educación sobre alimentación y nutrición en medios y programas escolares sean conjuntamente con acciones directas y

personalizadas como una contribución que brinde valor social a la forma de alimentarse saludablemente.

Aspectos económicos

Posada A. et al.³⁴ definen “factores económicos” como «los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y con las políticas del desarrollo del país»³⁴. Incluso, menciona que los factores económicos inciden y son diferentes para cada país, ejemplifica que los países desarrollados muestran una tendencia de crecimiento mayor de su población en peso y talla, a diferencia de los países con un desarrollo bloqueado.

Ansorena D, Martínez A.³⁵ refiere que para conseguir mantener el peso adecuado y conservarse saludable es necesario que el individuo posea una ingesta energética balanceada con el gasto de energía; es por eso que recomienda que la dieta para un adulto debe ser lo más variada posible, incluyendo alimentos de todos los grupos y en las cantidades y frecuencia recomendada, según las características específicas de cada persona.

Ansorena D. y Martínez A.³⁵ añaden que las personas deberían realizar entre cuatro y cinco tiempos de comidas al día, procurando mantener horarios regulares para realizarlos y dedicando el tiempo necesario para ello, evitando saltarse alguna. Además, indica que se debe moderar el consumo de grasas trans y saturada, escoger carnes magras, evitar el alto consumo de sal, entre otros. Sin embargo, todo lo descrito anteriormente requiere un gasto económico al que no todas las personas tienen accesibilidad.

Rodríguez D., citado por Porras S.³⁶, indica que «el nivel socioeconómico es un factor que influye directamente en la calidad y variedad de los alimentos, la educación, la cultura, vivienda, higiene y la asistencia sanitaria»³⁶. Por lo que se puede deducir que los factores económicos tienen grandes repercusiones en la salud, ya sean positivas o negativas.

Aspectos sociales

La OMS³⁷ señala que los determinantes sociales se definen como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud».

Lip C. y Rocabado F.³⁸, por su parte, indican que a lo largo de los años se han realizado estudios acerca de la importancia de los determinantes clave que tienen influencia sobre la salud de la población, lo que representa un importante avance para el establecimiento de prioridades en el área de la salud.

Canada Health-OPS/OMS, citado por Lip C, Rocabado F.³⁸, menciona que dentro de los indicadores que tienen influencia sobre la salud se encuentran: «...el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados»³⁸.

Lip C. y Rocabado F.³⁸ hacen referencia a algunas de las más importantes evidencias en lo que respecta a determinantes sociales, que se describen brevemente a continuación:

Ingreso económico y salud: usualmente las personas que tienen ingresos más altos viven más tiempo y gozan de un mejor estado de salud que las personas de ingresos más bajos.

Los autores refieren, además, que la relación antes mencionada continúa, independientemente, del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de enfermedad son las que pueden variar.

Redes de apoyo: las personas que cuentan con el apoyo de las familias, los amigos y las comunidades, normalmente, poseen una mejor salud, por lo tanto, aquellos con menos contacto social tienen mayor probabilidad de morir. Además, Lip C. y Rocabado F.³⁸ mencionan que los autores Ostergren y Berkman realizaron un estudio con varones entre

40 y 50 años, ellos encuentran que los hombres con menos integración social tuvieron 4,42 veces mayor probabilidad de morir, que los que poseen más integración social.

Lip C. y Rocabado F.³⁸ refieren que se ha demostrado que enfermedades como la angina de pecho disminuyó en cuanto se aumentaban los niveles de apoyo emocional a los individuos, asimismo los individuos que sufrieron un infarto al miocardio y no contaban con una red social de apoyo tuvieron muertes más prematuras. De la misma forma que una pobre red social de soporte aumentaba las probabilidades de padecer colesterol sérico elevado, el uso del tabaco, hipertensión arterial, entre otras.

Canada Health-OPS/OMS, citado por Lip C. y Rocabado F.³⁸, indica que «se postula que las redes sociales de apoyo se asocian a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida.»³⁸. Lip C, Rocabado F.³⁸ además mencionan que la familia y los amigos brindan un apoyo básico en relación a la alimentación, vivienda y atención cuando se está enfermo o cuando deben cambiar de estilos de vida.

Educación: el estado de salud aumenta con el nivel de educación. Lip C. y Rocabado F.³⁸ sustentan este enunciado con evidencias científicas que se encuentran en los resultados obtenidos de la encuesta de promoción de salud realizada en Canadá, en la cual se llegó a la conclusión de que, al aumentar el nivel de educación, mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones en las actividades y los días laborales perdidos.

Canada Health-OPS/OMS, citado por Lip C. y Rocabado F.³⁸, menciona que «la educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en

materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable»³⁸.

Servicios de salud: Lip C. y Rocabado F.³⁸ mencionan, con respecto a los servicios de salud, aquellos centros especializados en mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades contribuyen de gran manera a la salud de la población. Los servicios que cuentan con educación para niños y adultos sobre los riesgos para la salud y las elecciones sanas, promueven hábitos saludables y contribuyen a mejorar las condiciones de la población.

La OMS³⁹ menciona que la cobertura de salud se define como «la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud [...] y financiamiento»³⁹. También hace referencia a que el acceso a estos servicios es necesario para mejorar los resultados de salud, ya que es un componente central para el desarrollo humano, además, es clave para asegurar la vida saludable y promover el bienestar de todos.

2.1.3 Modelos y Teorías

Para efectos de esta investigación se analiza y describe la teoría propuesta por Nola Pender sobre el modelo de promoción de la salud.

Nola Pender, citada por Aristizábal G. et al.⁴⁰, menciona que la conducta es motivada por un deseo de alcanzar bienestar y potencial humano: incluso, se interesa por respuestas para la forma en la que las personas adoptan decisiones sobre el propio cuidado de su salud. El modelo de promoción de la salud pretende ilustrar a las personas y la interacción que poseen con el entorno cuando intenta alcanzar el estado deseado de salud.

De este modo, intenta explicar las características, experiencias individuales, conocimientos y afectos específicos de la conducta que motivan al individuo a participar o no en comportamientos de salud; todo esto Pender lo integra en el diagrama de su modelo, el cual

contiene aspectos como: conducta previa relacionada, factores personales (biológicos, psicológicos, socioculturales), percepción de: beneficios de la acción, barreras para la acción y de auto-eficacia, afectos relacionados de la actividad, influencias personales y situacionales, compromiso para un plan de acción, conducta promotora de la salud y demandas y preferencias en competencia en el momento.

Los aspectos antes mencionados se detallan a continuación, así como la relación que guardan con el desarrollo de la presente investigación.

Conducta previa relacionada: este primer concepto hace referencia a experiencias anteriores que tengan relación directa o indirecta con la probabilidad de adoptar conductas de promoción de salud. En este caso, las experiencias positivas o negativas con que cuenten las mujeres participantes en la investigación, para mantener una adecuada y saludable práctica del ejercicio, así como los esfuerzos por mantener una calidad de vida.

Factores personales: en este apartado se consideran los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en las conductas que adoptan las personas para la promoción de su salud; este es uno de los puntos elementales en la presente investigación, ya que, según la bibliografía consultada, estos tres aspectos pueden generar cierta vulnerabilidad para el desarrollo de al menos uno de los componentes de la tríada de atleta femenina.

Los aspectos biológicos que se estudian son: edad, sexo; aspectos psicológicos y socioculturales, como la autoestima, distorsión de la imagen corporal, presión social ejercida en el entorno; estado civil, escolaridad, profesión u oficio, entre otros.

Beneficios percibidos por la acción: este aspecto hace referencia a los beneficios que obtiene el individuo al adquirir conductas que mejoren su estado de salud actual; por ejemplo, en este estudio se pretende que las mujeres identifiquen los factores de riesgo que poseen para desarrollar el síndrome de atleta femenina, si ellas realizan cambios sobre las malas conductas o los factores modificables, evitarán presentar alguno de los componentes

de la tríada, así como sus signos y síntomas, logrando mantener una adecuada práctica del ejercicio que realizan y además mejorar su salud.

Barreras percibidas para la acción: hace referencia a los impedimentos y costos reales o imaginarios que conlleva la adopción de conductas para el individuo, en este caso, una barrera imaginaria es adoptar la posición de que comer de forma balanceada implica contar con mucho dinero; otro aspecto, en cuanto a la alimentación, es no contar con el tiempo, diariamente, para realizar los tiempos de comida recomendados a la hora de hacer ejercicio, entre otros.

Auto-eficacia percibida: Aristizábal G.⁴⁰ menciona que este es uno de los conceptos más importantes del modelo, ya que representa la percepción que posee el individuo sobre la capacidad personal para realizar ciertas conductas, es decir, la percepción que tengan las mujeres bajo estudio de la capacidad de realizar modificaciones en las conductas que generan cierta vulnerabilidad para el desarrollo del síndrome de atleta femenina.

Influencias interpersonales: en este concepto media el apoyo social, un aspecto muy importante en la presente investigación, ya que es más probable que las mujeres que poseen alguno de los factores de riesgo a evaluar se comprometan a realizar un cambio si saben que las personas a su alrededor las motivan, además de contar con su apoyo en la adopción de nuevas conductas para evitar el desarrollo del síndrome y, por ende, mejorar su salud.

Influencias situacionales: cualquier situación o contexto que pueda favorecer o impedir una conducta saludable. En este caso una situación que puede afectar en la adopción de conductas y hábitos saludables es el nivel de estrés, la carga de trabajo, responsabilidades familiares con el que estén lidiando las mujeres participantes de la investigación.

Compromiso para un plan de acción: en este concepto se hace referencia al nivel de compromiso que tenga la población bajo estudio de elaborar un plan o una estrategia para

evitar tanto los componentes y los síntomas como los factores de riesgo, asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina.

Conducta promotora de la salud: el objetivo a cumplir, ya sea mejorar la calidad de vida, llevar una práctica de ejercicio adecuada o, simplemente, evitar el desarrollo de la tríada de atleta femenina en las mujeres.

El modelo de la promoción de la salud se relaciona además con la presente investigación, ya que, más allá de conocer los factores de riesgo que poseen estas mujeres, pretende informarlas y educarlas sobre los cambios que pueden y deben realizar para favorecer y mejorar la salud, brindándoles la posibilidad de tener un mayor control sobre su propia salud y cuidado, que es, precisamente, el objetivo de la promoción de la salud.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, debido a que, como plantea Hernández⁷, se efectúa una recolección de datos con la finalidad de comprobar cuáles factores de riesgo poseen las mujeres del Gimnasio Curves que se asocian al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, esto mediante el análisis e interpretación estadístico de los datos obtenidos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, así como lo propone Hernández⁷, se pretende encontrar características y rasgos importantes que creen vulnerabilidad en la población bajo estudio para desarrollar el síndrome de atleta femenina.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis para la investigación está conformada por cada mujer que se encuentra entre 17 y 40 años de edad, que asiste regularmente al Gimnasio Curves, ubicado en el cantón de Desamparados, en el período marzo-abril del 2017 y que, además, cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

3.3.1 Población

Este estudio cuenta con una población finita de 141 mujeres que se encuentran dentro del rango de edades entre 17 y 40 años y que asisten con regularidad al Gimnasio Curves, Desamparados, en el periodo marzo-abril.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1 Criterios de inclusión

Mujeres entre 17 y 40 años de edad.

Mujeres que asistan regularmente al Gimnasio Curves, Desamparados.

3.3.2.2 Criterios de exclusión

Mujeres que asistan menos de tres veces a la semana al Gimnasio Curves.

Mujeres que no sean socias activas del gimnasio.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

La validez de la escala de autoestima de Rosemberg se encuentra entre 0.76 y 0.87 y cuenta con una confiabilidad de 0.80, además se realiza un plan piloto con 14 personas con características similares a la de la población bajo estudio para brindar la validez del instrumento de elaboración propia.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, como menciona Hernández⁷, corresponde a un estudio en donde no se realiza manipulación alguna de las variables, sino que se observan situaciones ya existentes y en su ambiente natural, para, posteriormente, realizar un análisis de estas.

Además, es una investigación transversal, debido a que se hace la compilación y estudio de datos en un momento único comprendiendo el período de marzo-abril 2017.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.6.1 Factores de riesgo

Definición conceptual: «Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión»¹⁸.

«Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están

asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones»²⁵.

Definición operacional: Es cualquier rasgo, característica, condición social, económica o biológica, conductas o ambientes que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Dimensión: con respecto a las dimensiones comprende los factores modificables y no modificables.

Indicadores: sexo, edad, antecedentes familiares, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, presión social e imposición de ser delgado, bajo peso y porcentaje de grasa corporal, regímenes dietéticos de adelgazamiento autoimpuestos, dinámicas familiares, actividad física y deporte, hábitos alimenticios, aspectos sociales, aspectos económicos.

Instrumento: ítems número 6, 10, 11,12,13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28.

3.6.2 Signos y síntomas para el desarrollo del síndrome de atleta femenina.

Definición conceptual: se toma como definición conceptual de síntoma: «Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo perciben el paciente». Además, se define signo como: «Hallazgo objetivo percibido por un explorador, como la fiebre, una erupción...».

Definición operacional: la definición operacional para síntoma es «una señal o indicador de enfermedad o cambio en el organismo, es subjetivo y percibido por el paciente». Por su parte, se define signo como «manifestaciones o hallazgos objetivos percibidos por un explorador».

Dimensión: disponibilidad energética (trastornos alimentarios), función menstrual (amenorrea), densidad mineral ósea (osteoporosis).

Indicadores: conducta alimentaria, características del período menstrual, signos y síntomas de osteoporosis.

Instrumento: ítems # 7, 8, 9, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

3.6.3 Aspectos sociales y económicos

Definición conceptual: aspectos sociales «son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud»³⁷.

Aspectos económicos: «son los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y con las políticas del desarrollo del país»³⁴.

Definición operacional: los aspectos sociales son «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud»³⁷.

Aspectos económicos: «son los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y con las políticas del desarrollo del país»³⁴.

Dimensión: social y económico.

Indicadores: estado civil, escolaridad, profesión u oficio, ingresos económicos, alimentación.

Instrumento: ítems número 2, 3, 4, 5, 19, 20, 21, 22.

	Desamparados, marzo-abril, 2017.	la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones» ²⁵ .			Regímenes dietéticos de adelgazamiento autoimpuestos. Bajo peso y porcentaje de grasa corporal. Dinámicas familiares. Actividad física y deporte.	Ítem # 27. Ítem #14. Ítem # 6, 21. Ítem # 10, 11, 12,13, 18.
--	----------------------------------	---	--	--	--	---

					Hábitos alimentarios.	Ítem # 19, 20, 21, 22.
					Presión social e imposición de ser delgado.	Ítem # 23, 25, 27, 28.
Signos y síntomas de la tríada de atleta femenina	Identificar los signos y síntomas en las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según	Síntoma: «Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo perciben el paciente» ⁴¹ . Signo: «Hallazgo objetivo percibido por un explorador, como la	Síntoma: es una señal o indicador de enfermedad o cambio en el organismo, es subjetivo y percibido por el paciente.	Disponibilidad energética (trastornos alimentarios). Función menstrual (amenorrea).	Conducta alimentaria. Características del período menstrual.	Ítem # 23, 24, 25, 26, 27, 28. Ítem # 29, 30, 31, 32, 3

	signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017.	fiebre, una erupción...» ⁴¹ .	Signo: manifestaciones o hallazgos objetivos percibidos por un explorador.	Densidad mineral ósea (osteoporosis).	Historial clínico (personal y familiar) en relación a la osteoporosis.	Ítem # 7, 8, 9.
Aspectos sociales y económicos.	Caracterizar a las mujeres de edades entre 17 y 40 años que asisten al Gimnasio Curves, Desamparados, durante marzo-abril, 2017 en aspectos sociales y económicos.	Aspectos sociales: «son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud» ³⁷ .	Aspectos sociales: «son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud» ³⁷ .	Social	Estado civil Escolaridad Profesión u oficio	Ítem # 2 Ítem # 3 Ítem # 4

		Aspectos económicos: «son los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y con las políticas del desarrollo del país» ³⁴ .	Aspectos económicos: «son los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y con las políticas del desarrollo del país» ³⁴ .	Económico	Ingresos económicos Alimentación	Ítem # 5 Ítem # 19, 20, 21, 22.
--	--	---	--	-----------	---	--

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se lleva a cabo con 14 mujeres con edades entre 17 y 40 años, asistentes al Gimnasio Curves Teatro Nacional, ubicado en el centro de San José.

Los resultados arrojados en el plan piloto dejan en evidencia que la pregunta número uno (1) referente al sexo de las participantes no es necesaria debido a que la totalidad de la población es femenina, por lo que esta se elimina; en el enunciado número seis (6), que se refiere al ingreso económicos de las participantes, se agrega la opción “dependiente de otra persona o ningún ingreso”, ya que no se contaba con una opción para las personas que no laboran.

Para facilidad de comprensión de las participantes, la pregunta número siete (7) se modifica a opción múltiple, en donde pueden marcar con equis los miembros con los que vive actualmente. En el enunciado número ocho (8) y nueve (9), sobre antecedentes familiares y antecedentes personales respectivamente, se agrega la opción “ninguno”, ya que no se contaba con esta. Se realiza una modificación en la forma de consultar peso actual, ideal y deseado, ya que algunas mujeres se confundieron con estos.

La pregunta número dieciséis (16) se modifica también, ya que las participantes no comprendieron el término “talla”. El enunciado número diecisiete (17) se modifica, ya que no especificaba si era opción única o múltiple, por lo que se especifica que debe marcar una única opción.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación por medio de 27 figuras y 10 tablas que se detallan a continuación. En las figuras N° 15-20, se analizan los resultados por medio de la puntuación de la escala *Likert*, en donde “nunca” equivale a 1 punto; “casi nunca”, 2 puntos; “a veces”, 3 puntos; “con frecuencia”, 4 puntos; y “con mucha frecuencia”, 5 puntos. Además, el apartado N° 34 evalúa la autoestima, según la escala *Rosemberg*, y el apartado N° 35 valora la percepción corporal por medio de la escala *Standard Figural Stimuli (SFS)*.

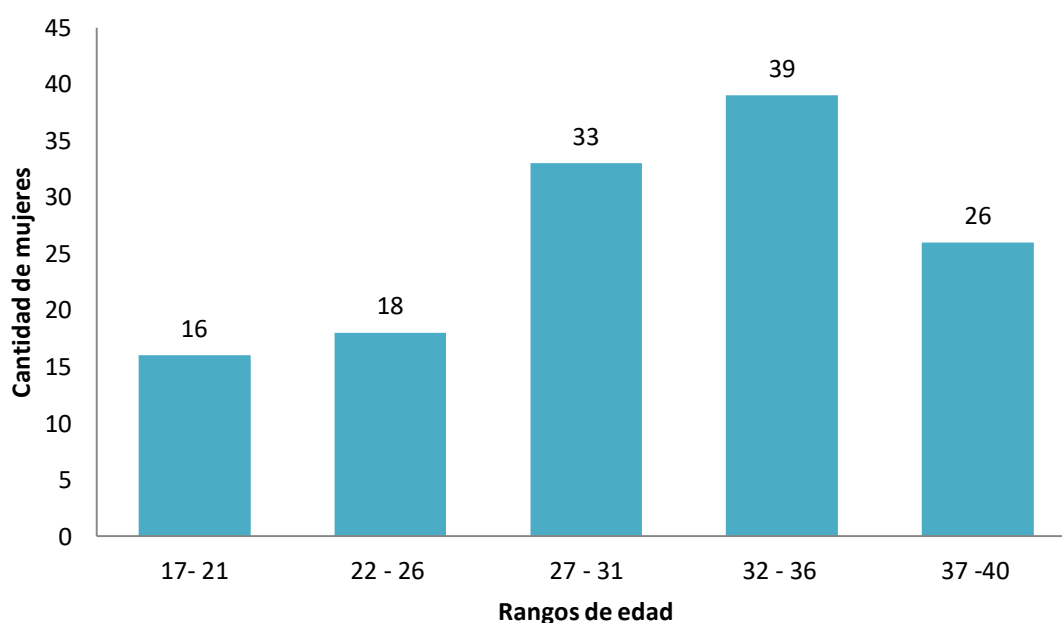


Figura N° 1. Distribución de la población según rangos de edad, Gimnasio Curves, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La población encuestada es de 132 personas, de las cuales 72 tienen edades entre los 27 y 36 años, además, un grupo de 26 mujeres se encuentran entre los 37 y 40 años cumplidos a la fecha de la entrevista.

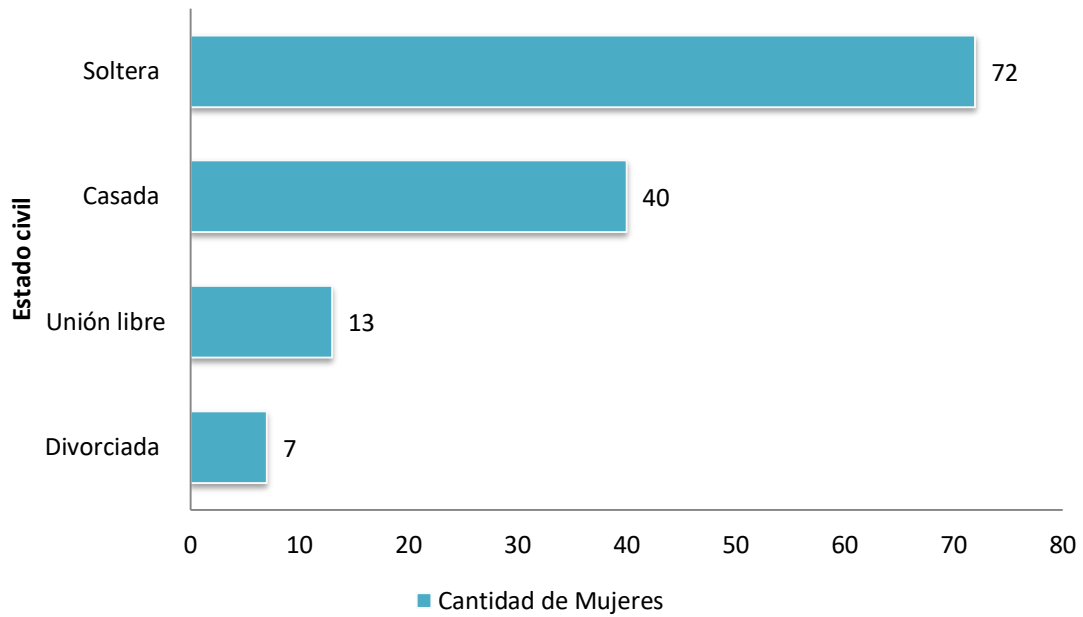


Figura N° 2. Distribución de la población según estado civil, Gimnasio Curves, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 2 se puede observar, por una parte, que 72 de las mujeres entrevistadas refieren ser solteras, lo que equivale a un 54,54 % de la población consultada. Por otra parte, 40 de ellas se encuentran casadas, lo que equivale a 30,3 %; mientras, el 15,1 % de la población viven en unión libre o son divorciadas.

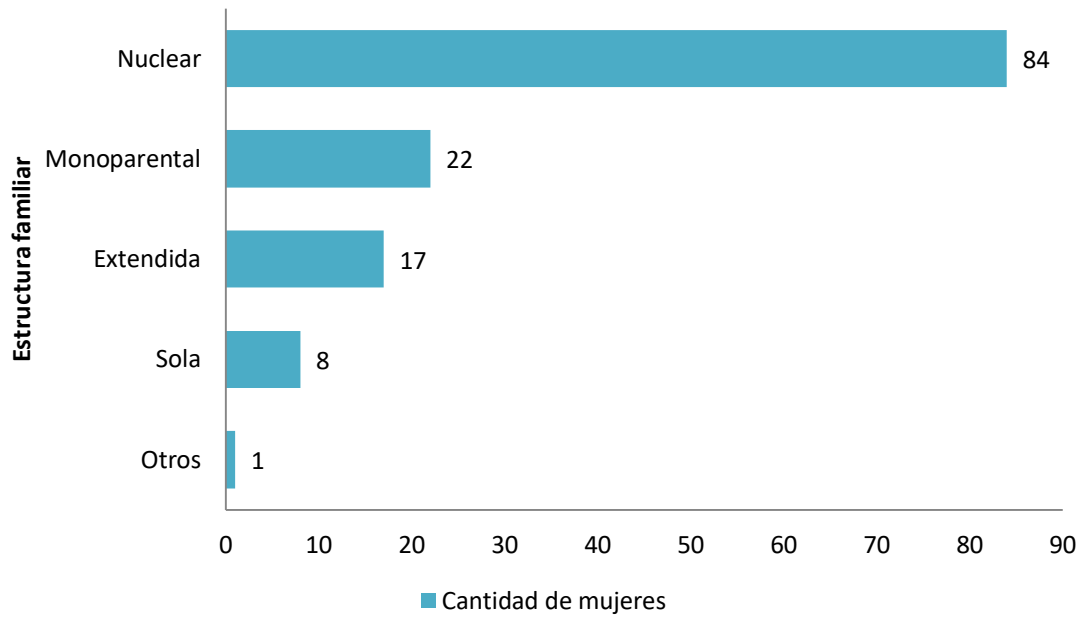


Figura N° 3. Estructura familiar de la población según personas con las que habitan actualmente, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N°3, se puede observar que 84 de las mujeres entrevistadas mantiene una estructura familiar nuclear, esto representa el 63,63 % de la población bajo estudio; 22 mujeres (16,6 %) mantienen una estructura monoparental, 17 personas (12.87 %) poseen una estructura familiar extendida; por último, el 6,8 % restante viven solas o con personas que no son familia.

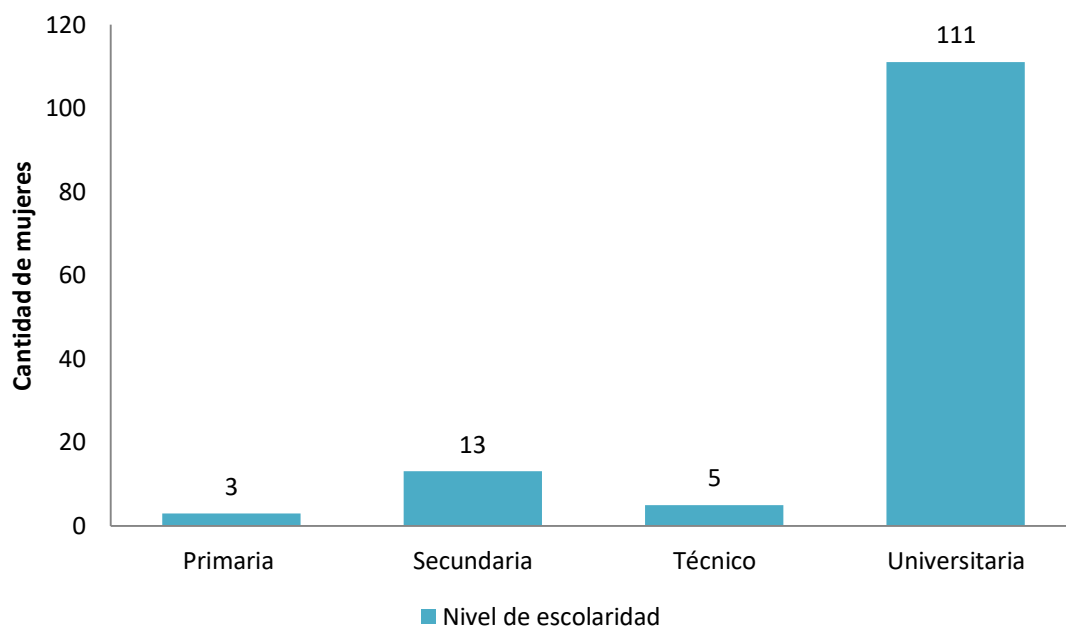


Figura N° 4. Distribución de la población según nivel de escolaridad, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N°4, se muestra la escolaridad de las participantes en la investigación, se evidencia que 111 de las féminas entrevistadas poseen educación universitaria, lo que representa un 84,09 % de la población total; el resto de la población, 15,9 %, tiene estudios técnicos, secundarios o primarios.

Tabla N° 1

Profesión u oficio de las mujeres del Gimnasio Curves, 2017.

Profesión u oficio	Cantidad de mujeres	Profesión u oficio	Cantidad de mujeres
Abogada	7	Imagenóloga	1
Administradora	22	Ingeniera	5
Agenta de ventas	1	Instructora física	2
Ama de casa	10	Intérprete Médico	1
Analista	1	Médico	1
Analista de logística	1	Microbióloga	2
Arquitecta	2	Miscelánea	1
Asesora de servicios	1	Odontóloga	2
Asistente dental	2	Oficinista	2
Comunicadora corporativa	1	Orientadora	1
Contadora	10	Periodista	1
Crédito y cobro	1	Promotora de salud	1
Diseñadora	1	Psicóloga	2
Educadora, Profesora	9	Reclutadora	1
Enfermera	4	Relacionista pública	1
Estilista canina	1	Secretaria	1
Estudiante	21	Servicio al cliente	1
Farmacéutica	1	Tecnóloga en oftalmología	1
Fisioterapeuta	2	Terapeuta respiratoria	1
Funcionaria judicial	1	Trabajadora social	1
Gerencia de recursos humanos	1		
Total	101		31

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 1, se muestran las distintas profesiones y oficios de las participantes en la investigación, puede observarse que la información obtenida abarca distintas áreas y es bastante variada; dentro de las profesiones y oficios más mencionadas están la administración, donde 22 mujeres refieren dedicarse a ello; 21 de las entrevistadas son estudiantes; 10 refieren ser contadoras; y otras 10 son amas de casa.

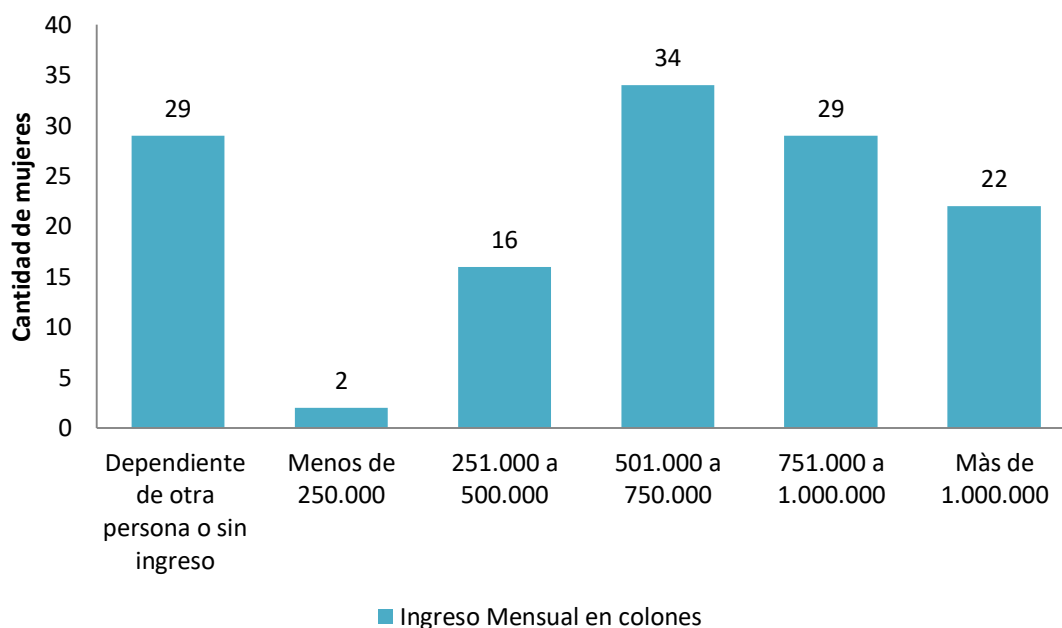


Figura N° 5. Distribución de la población según ingreso económico mensual, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N°5, se puede observar que 34 mujeres, 25,7 % de la población entrevistada, poseen ingresos mensuales entre 501 000 a 750 000 colones; 29, que representan un 21,9 %, tienen un ingreso entre 751 000 a 1 000 000 colones; las que refieren no tener ingreso económico, 22 mujeres; 16,6 % indican que obtienen más de 1 000 000 colones mensuales; y 12,1 % de la población refiere tener ingresos menores a 500 000 colones.

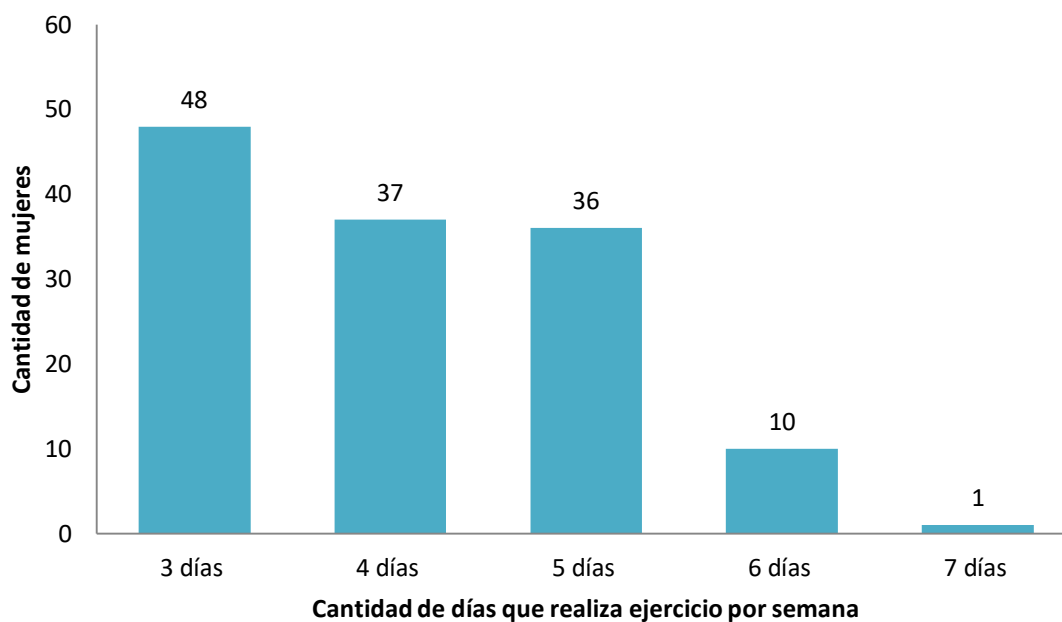


Figura N° 6. Frecuencia con la que realiza ejercicio la población, Gimnasio Curves, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 6, se muestra la distribución de la población según la cantidad de días que realizan ejercicio semanalmente. En primer lugar, se encuentran las mujeres que realizan ejercicio tres días por (36.36%); 37 entrevistadas refieren practicar ejercicio cuatro días por semana; y 36 mujeres indican que se ejercitan cinco días a la semana, lo que significa un 28,03 % y 27,27 %, respectivamente; 11 mujeres, 8,3 %, realizan ejercicio entre seis días y siete días semanales.

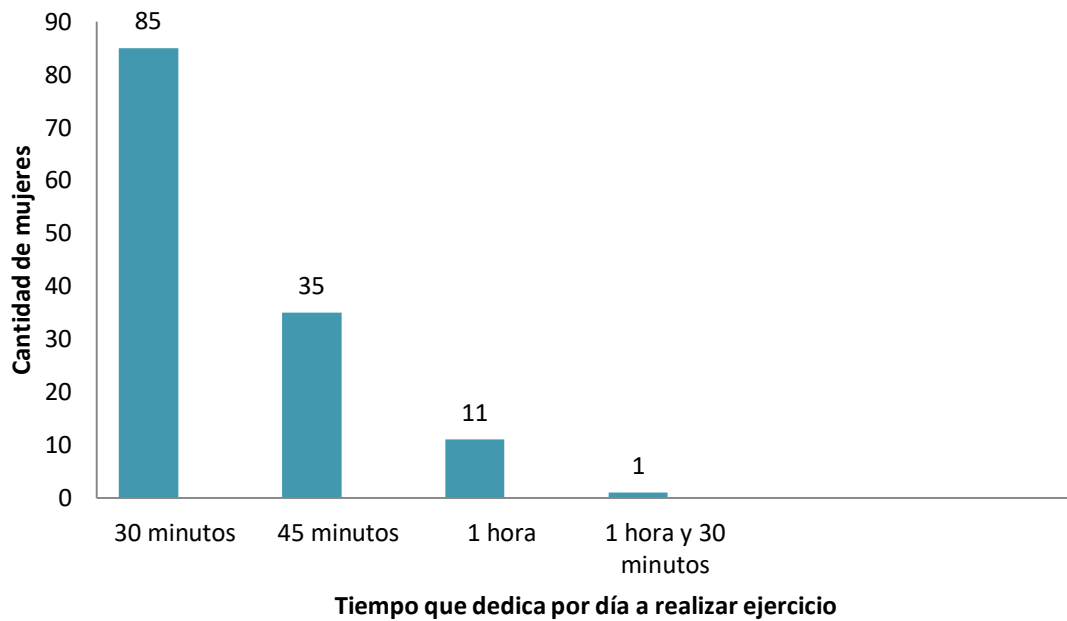


Figura N° 7. Distribución de la población según tiempo que dedican a realizar ejercicio del Gimnasio Curves por día, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N° 7 muestra la cantidad de tiempo que dedican diariamente las mujeres a realizar ejercicio o actividad física. El 64,39 % de la población se ejercitan 30 minutos por día, 26,51 % del total realizan ejercicio 45 minutos por día, 9 % de la población realizan entre 1 hora y 1 hora y 30 minutos.

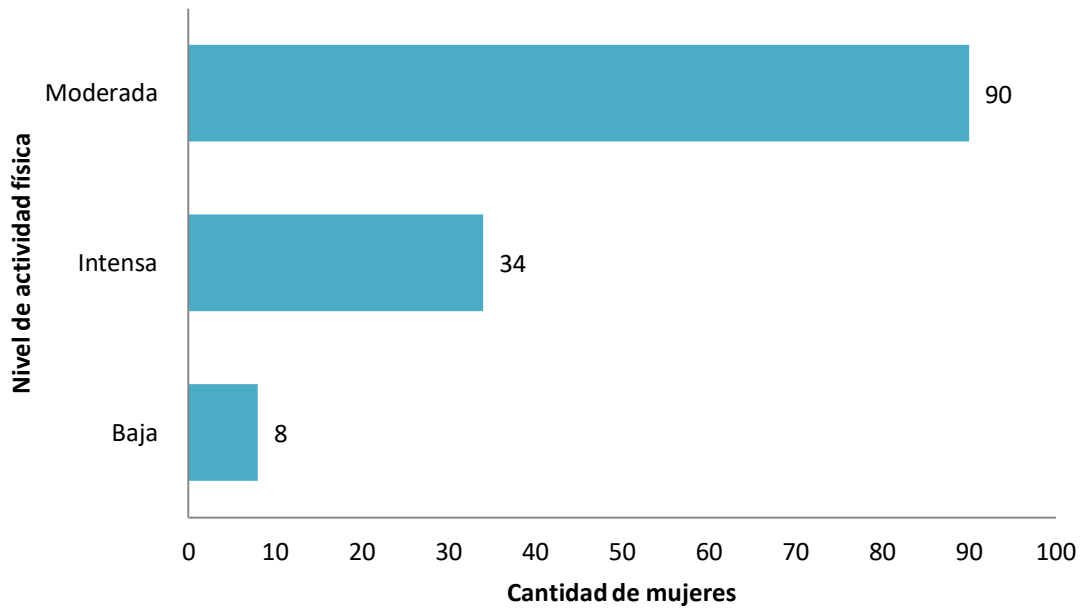


Figura N° 8. Distribución de la población según nivel de actividad física que realizan las mujeres del Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 8, se puede observar que de las 132 mujeres entrevistadas 90 realizan actividad física moderada, esto representa un 68,18 % del total; además, 34 mujeres señalan que realizan actividad intensa, representando el 25,75 % de la población bajo estudio, por último, 8 entrevistadas indican que ejecutan actividad física o deporte de baja intensidad, que representa 6,06 % del total.

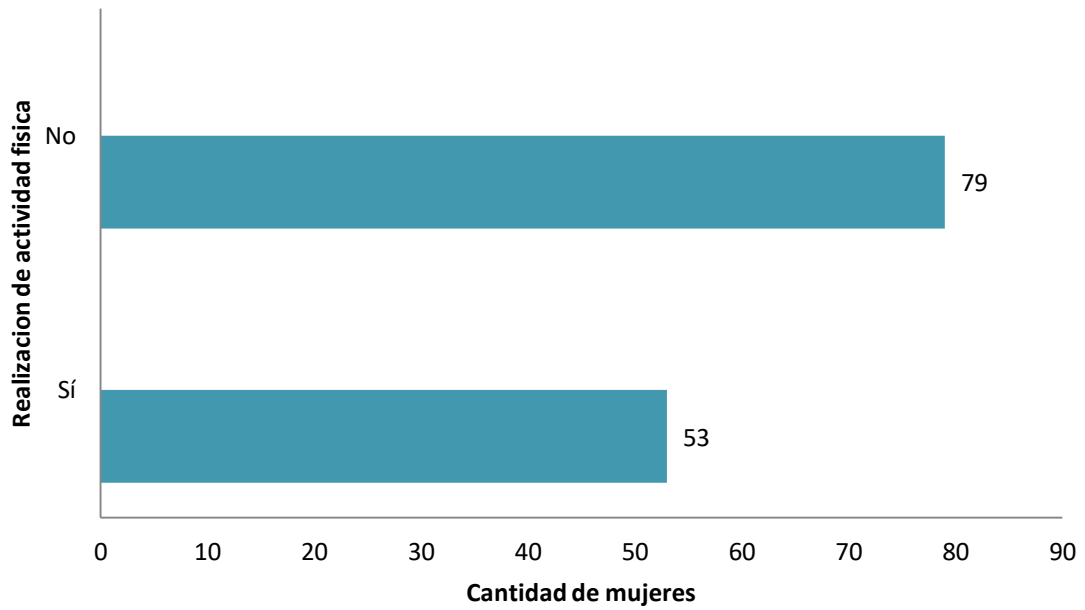


Figura N° 9. Distribución de la población de acuerdo con la realización de actividad física fuera del Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 9, se clasifica a la población según realización de actividad física o deporte adicional a la que realizan en el gimnasio, en donde se puede observar que el 59,8 % de la población total (79 mujeres) no realiza ninguna otra actividad, además del circuito realizado en el gimnasio.

Tabla N° 2

Actividad física o deporte que realiza la población fuera del gimnasio, 2017.

Actividad física	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Correr	16	30.18 %
Caminar	14	26.41 %
Baile	9	16.98 %
Ciclismo	4	7.54 %
Natación	2	3.77 %
Tenis	2	3.77 %
Ejercicio Cardiovascular	2	3.77 %
Yoga	1	1.8 %
Futbol	1	1.8 %
Tai Chi	1	1.8 %
Pole fitness	1	1.8 %
TOTAL	53	100 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 40,15 % de la población indica que sí realizan actividades adicionales al gimnasio, dentro de las cuales resaltan caminar, correr, bailar, ciclismo, natación y tenis como las más comunes dentro de la población bajo estudio, lo anterior mostrado en la tabla N° 2.

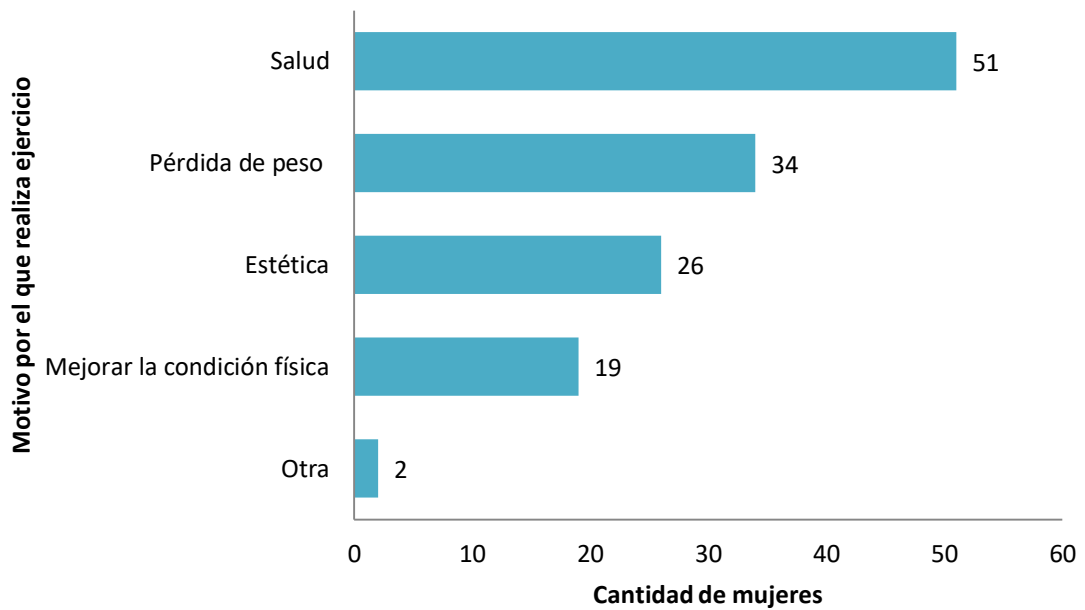


Figura N° 10. Distribución de la población de acuerdo con el motivo principal por el que realiza ejercicio, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 10, se puede observar que 51 entrevistadas, equivalente a un 38,6 % de la población total indican que el motivo principal para realizar ejercicio es la salud; luego, el 45,35 % de la población indica que la motivación principal para ejecutar ejercicio o actividad física es la pérdida de peso y la estética; mientras el 15,9 % restante indica que mejorar la condición física o relajarse es su objetivo.

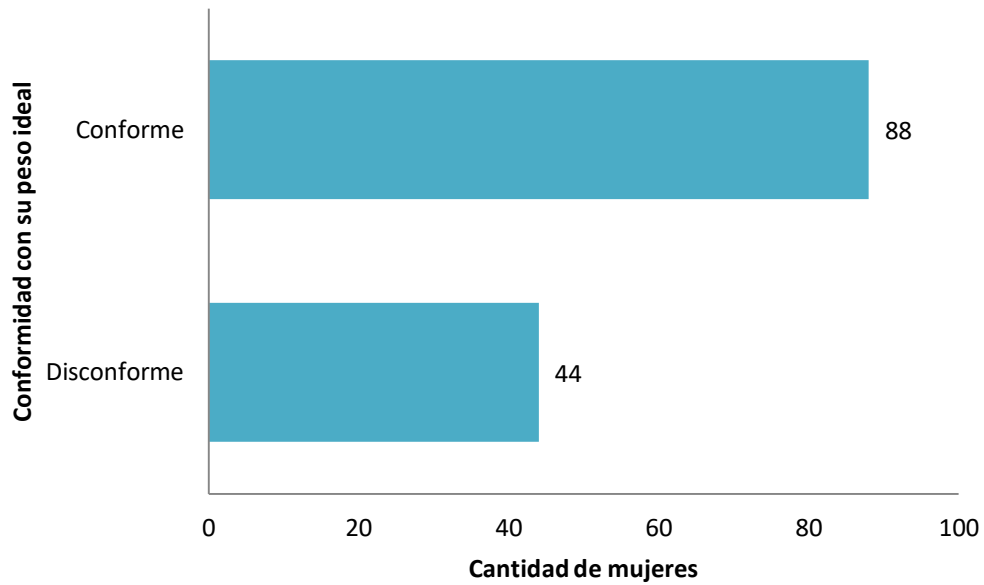


Figura N° 11. Distribución de la población de acuerdo con la conformidad con su peso ideal, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

A las 132 mujeres participantes en este estudio se les consultó si su peso ideal corresponde al peso que ellas desean tener; 88 de las mujeres (66,6 %) respondieron que sí se encuentran conformes con su peso ideal; por su parte, las 44 entrevistadas restantes (33,3 %) respondieron que su peso ideal no corresponde a su peso deseado, tal y como se muestra en la figura N° 11.

Tabla N° 3

Diferencia entre peso ideal y peso deseado de la población disconforme, 2017.

Cantidad de mujeres	Diferencia en kilogramos
2 mujeres	-6 kg
8 mujeres	-5 kg
4 mujeres	-4 kg
4 mujeres	-3 kg
7 mujeres	-2 kg
5 mujeres	+3 kg
1 mujer	+4 kg
5 mujeres	+5 kg
1 mujer	+6 kg
4 mujeres	+7 kg
2 mujeres	+8 kg
1 mujer	+15 kg
TOTAL	44

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 3, se detalla la diferencia en kilogramos entre el peso ideal y el peso deseado que las mujeres les gustaría tener, según sus respuestas. Por una parte, un 18,93 % de la población desea tener un peso menor al ideal; por otra, 14,3 % desean tener un peso mayor al ideal de acuerdo con su talla.

Tabla N° 4

Distribución de la población según tiempos de comida que realizan diariamente, 2017.

Tiempos de comida	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Desayuno	126	95,45 %
Merienda (mañana)	118	89,39 %
Almuerzo	130	98,48 %
Merienda (tarde)	106	80,30 %
Cena	124	93,93 %
Colación nocturna	6	4,54 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 4, se mencionan los diferentes tiempos de comida y, a su lado, se encuentra la cantidad de mujeres que los realizan diariamente, se puede observar que el tiempo de comida que menos realiza la población es la colación nocturna, donde únicamente 6

personas de las 132 entrevistadas lo efectúan. Los resultados indican que, seguidamente, la merienda de la tarde es el otro menos ejecutado por la población, con 106 mujeres que indican realizarlo, sin embargo, esto representa un 80,3 % del total de la población, lo que quiere decir que la mayoría de mujeres entrevistadas realiza entre 4 y 5 tiempos de comida diariamente.

Tabla N° 5

Alimentos que incluyen las participantes de la investigación en su dieta, 2017.

Tipo de alimento	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Proteína	128	96,96 %
Carbohidratos	105	79,54 %
Lácteos	113	85,60 %
Frutas	128	96,96 %
Verduras y vegetales	123	93,18 %
Grasas	86	65,15 %
Semillas	63	47,72 %

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5, se mencionan diferentes tipos de alimentos, y se les consultó a las participantes cuáles de ellos consumían. En menor cantidad, se encuentra el consumo de semillas que únicamente 63 mujeres dicen consumirlas; seguidamente, están las grasas, pues, solo 86 mujeres mencionan ingerirlas; posterior a esto, se encuentran los carbohidratos, que 105 mujeres dicen consumirlos todos los días. El consumo de proteína, lácteos, frutas y vegetales se mantiene similar, según los datos proporcionados por las entrevistadas.

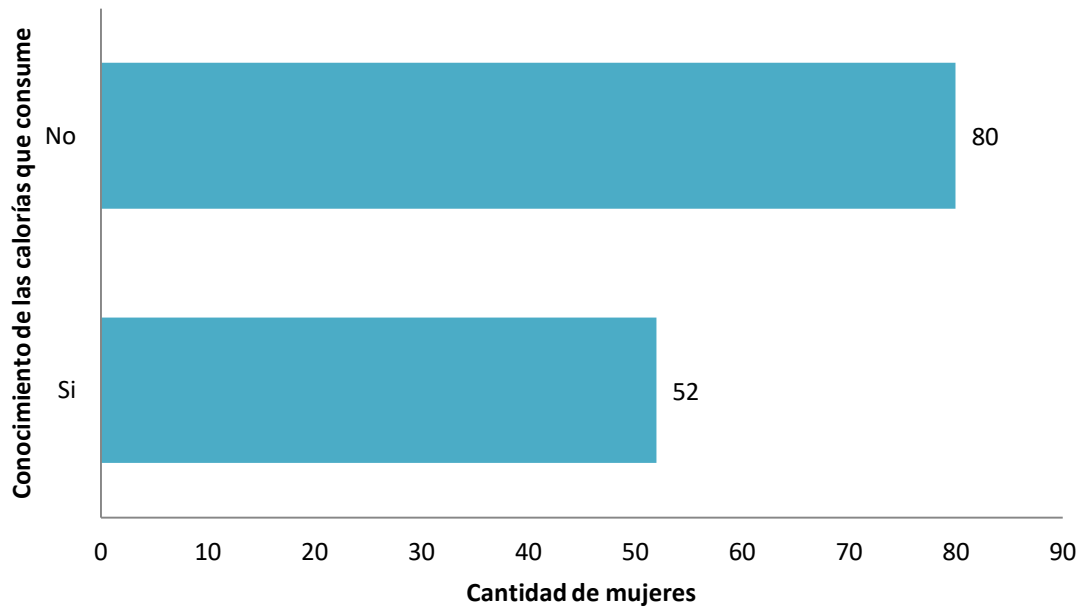


Figura N° 12. Distribución de la población según el conocimiento de la ingesta calórica diaria, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N°12 muestra el conocimiento que tienen las mujeres acerca de la cantidad aproximada de calorías que consumen al día, 80 mujeres refieren desconocer la cantidad de calorías que ingieren diariamente, esto representa un 60,6 % del total de la población. Las 52 mujeres restantes (39,3 %) indican que sí saben la cantidad aproximada de calorías que ingieren.

Tabla N° 6.

Distribución de la población según conocimiento de la ingesta calórica diaria,
Gimnasio Curves, 2017.

Cantidad de mujeres	Calorías que consumen diariamente
1	1100 kcal
1	1200 kcal
3	1300 kcal
3	1400 kcal
30	1500 kcal
2	1600 kcal
2	1700 kcal
1	1900 kcal
4	2000 kcal
1	2200 kcal
1	2300 kcal
2	2500 kcal
1	3000 kcal
52 mujeres	

Fuente: Elaboración propia

Entre las mujeres que refieren que conocer la cantidad aproximada de calorías que ingieren, 47 indican que consumen 2000 kilocalorías o menos diariamente; mientras, solo 5 mujeres consumen más de 2000 kilocalorías, tal y como se muestra en la Tabla N° 6.

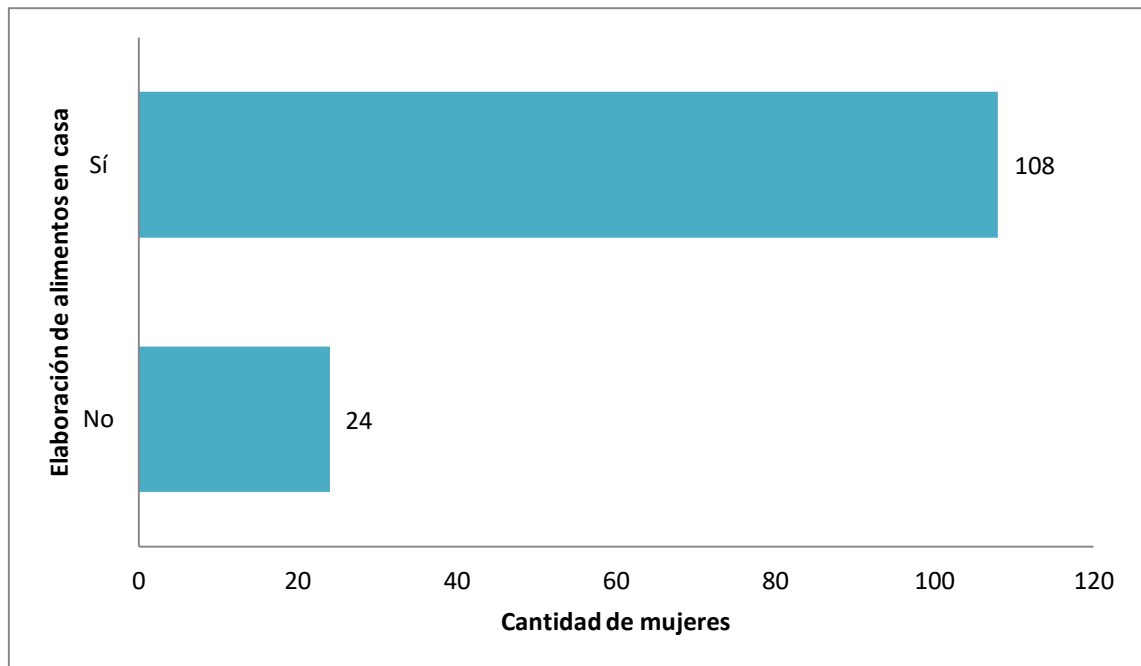


Figura N° 13. Distribución de la población según elaboración de los alimentos en casa, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 13 se muestra la distribución de la población de acuerdo a la elaboración de sus alimentos en el hogar, los resultados muestran que 108 mujeres contestaron que sí elaboran los alimentos en su hogar, esto, representa el 81,8 % de la población total; además 24 indican que no elaboran los alimentos en su casa, ellas representan el 18,18 % de la población.

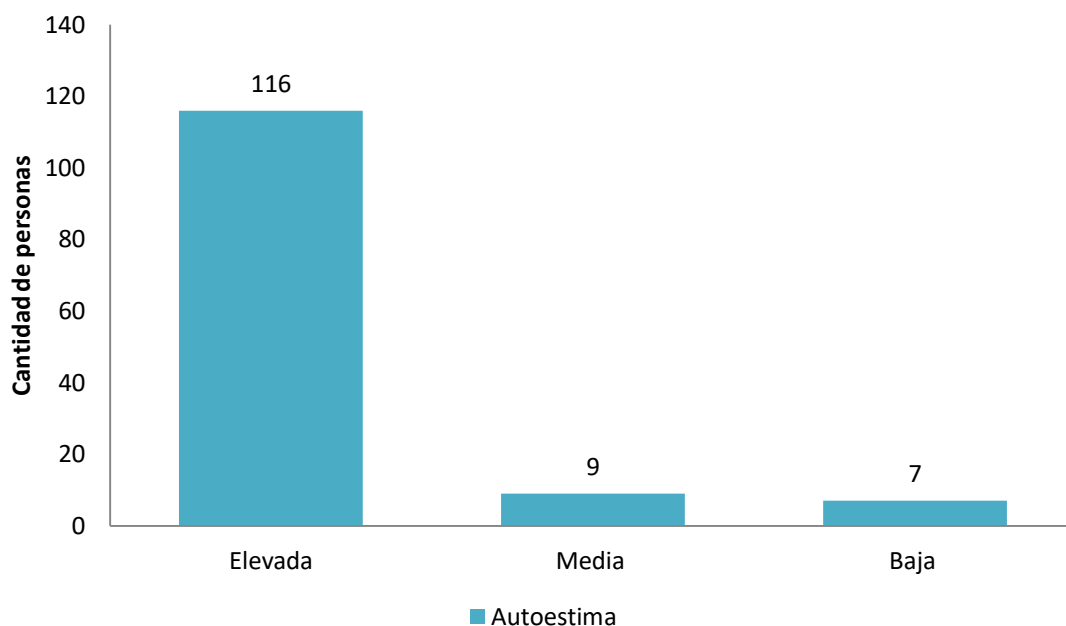


Figura N° 14. Autoestima de las participantes según la escala de Rosemberg, Gimnasio Curves 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N° 14 muestra la autoestima de las participantes evaluadas, según la escala de *Rosemberg*, los resultados arrojaron que 116 mujeres, que representa un 87,87 % de la población, posee autoestima elevada; 9 de ellas, según los resultados, tienen autoestima media, este grupo constituye un 6,8 % del total; y 7 mujeres (5,30 %) tienen autoestima baja.

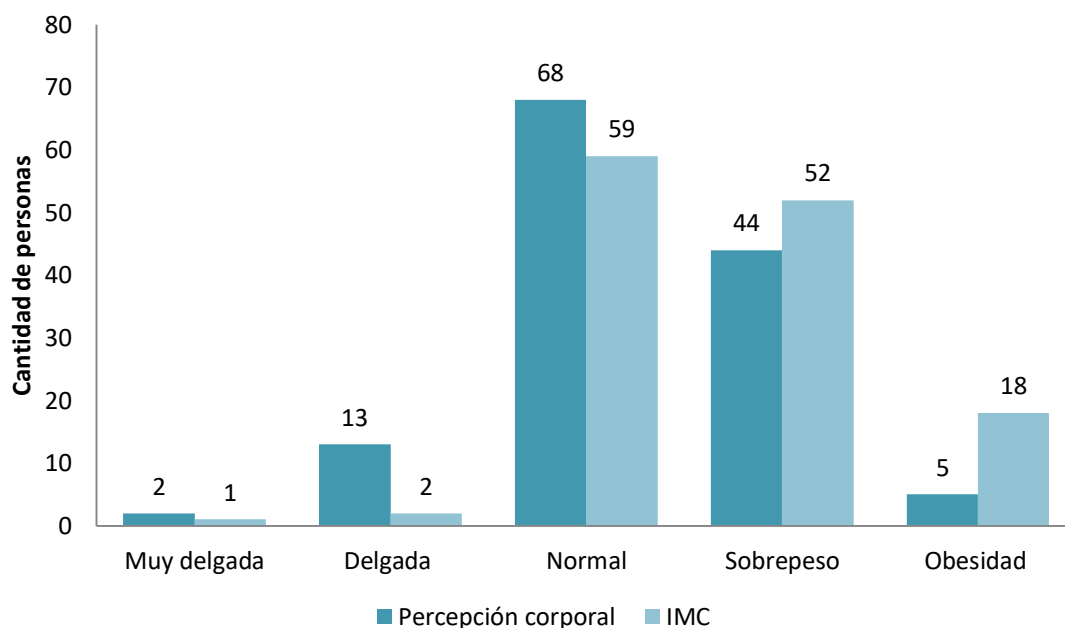


Figura N° 15. Distorsión de la imagen corporal según percepción corporal e índice de masa corporal, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 15, se muestra la percepción de la imagen corporal que poseen las mujeres entrevistadas, según la escala *Standard Figural Stimuli*, donde 2 mujeres se perciben como muy delgadas; 13, como delgadas; 68 entrevistadas, figura normal; 44 mujeres se perciben con sobrepeso; y 5 de ellas, con obesidad.

De esta manera, se evalúa, también, el índice de masa corporal con el fin de hacer una comparación entre este y la percepción corporal que ostentan las mujeres. Los resultados del índice de masa corporal son 1 mujer se encuentra muy delgada; 2 mujeres, delgadas; 59 de ellas se localizan normal, según índice de masa corporal; 52 mujeres se sitúan con sobrepeso; y 18 entrevistadas se encuentran con obesidad.

Tabla N° 7

Antecedentes patológicos familiares de las participantes en la investigación, Gimnasio Curves, 2017.

Patología	Padre	Madre	Abuela	Hermanos	Tía	Prima	Cantidad de Mujeres	Porcentaje
Osteoporosis	1	20	16				37	28 %
Trastornos de la conducta alimentaria		1	1	5	1	2	10	7,5 %
Trastornos hormonales		9		11	3		23	17,4 %
Ninguno							77	58,3 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 7, se puede observar la distribución de la población según antecedentes patológicos familiares, en donde 77 mujeres (58,33 %) refieren no tener ningún antecedente de los mencionados. De las 55 restantes (41,66 %), 37 mujeres refieren tener antecedentes familiares de osteoporosis, 10 indican poseer antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria y 23 entrevistadas refieren que alguno de sus familiares ha padecido de trastornos hormonales. Al lado de cada patología, se muestra, además, el parentesco que poseen con quien estuvo relacionado con la enfermedad.

Tabla N° 8

Antecedentes patológicos personales de las participantes en la investigación, Gimnasio Curves, 2017.

Patología	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Trastornos de la conducta alimentaria	4	3 %
Trastornos hormonales	21	15,9 %
Ninguno	109	82,5 %

Fuente: Elaboración propia, 2017

En la tabla N° 8, se menciona la distribución de la población según antecedentes patológicos personales; en esta ocasión, 109 mujeres indican no poseer ningún antecedente personal de los consultados. De las 23 mujeres restantes, 19 indican que padecen o han padecido trastornos hormonales, 2 de ellas señalan que padecen o han padecido trastornos de la conducta alimentaria y 2 entrevistadas mencionan que tienen antecedentes de ambos trastornos. Ninguna de las mujeres refiere antecedentes de osteoporosis.

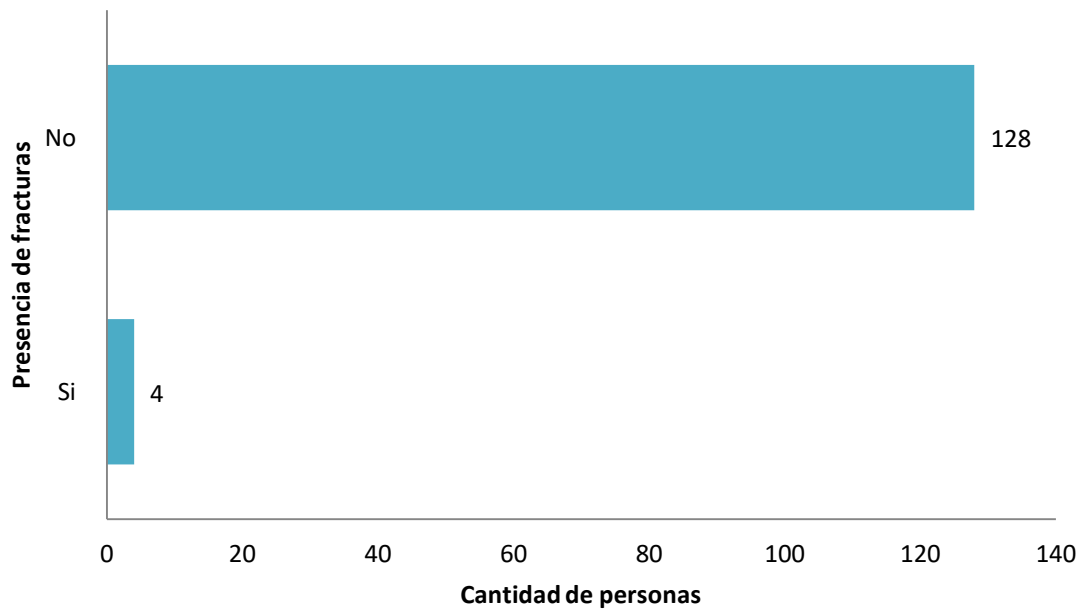


Figura N° 16. Presencia de fracturas en el último año en la población, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tabla N° 9

Distribución de la población según presencia de fracturas en el último año, Gimnasio Curves, 2017.

Cantidad de fracturas	Total de mujeres
1 vez	2
2 veces	2
TOTAL	4

Fuente: Elaboración propia, 2017

En la figura N° 16, se muestra la distribución de la población según la presencia de fracturas en el último año, 128 de las mujeres entrevistadas refieren no haber presentado fracturas, lo que representa un 96,9 % del total de la población; 4 de ellas indican que han presentado fracturas, de las cuales 2 afirman que se fracturaron una vez y 2 indican que, en el último año, presentaron dos fracturas, tal y como se muestra en la tabla N° 7.

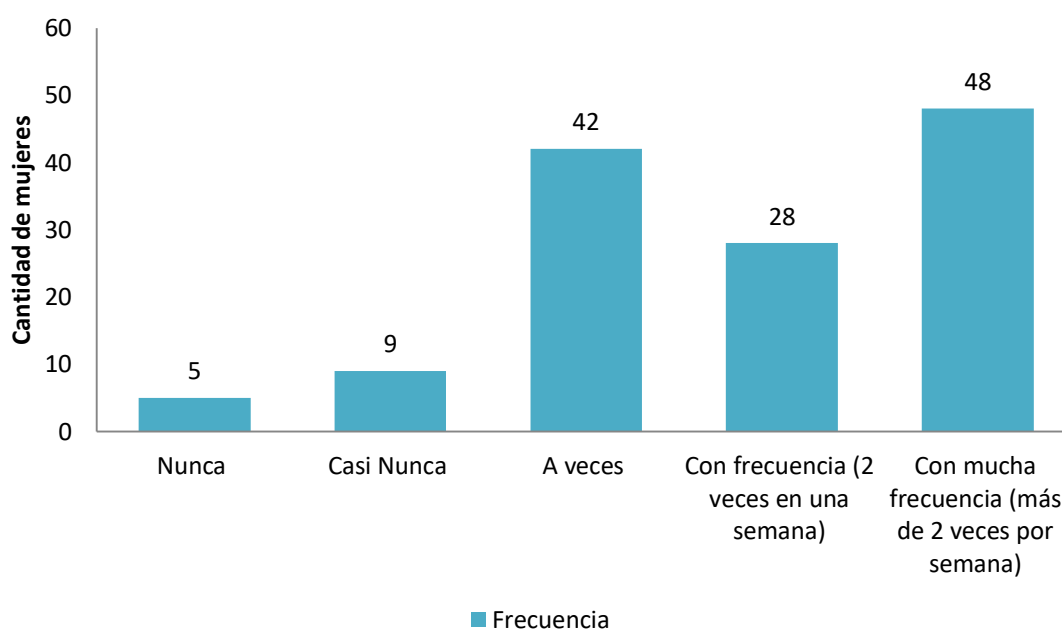


Figura N° 17. Distribución de la población según preocupación por aumentar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 17, se muestra la distribución de la población según la preocupación por aumentar de peso que dicen tener, se puede observar que el 36,3 % de las mujeres dicen estar preocupadas por aumentar de peso más de 2 veces por semana, el 21,2 % de la población indica que se sienten preocupadas 2 veces por semana aproximadamente, un 31,8 % del total de mujeres expresa que se siente preocupada “a veces”. En este, la puntuación más elevada la obtuvo el apartado “con mucha frecuencia”, con 240 puntos y, seguidamente, el apartado “a veces” con 135 puntos según la escala de *Likert*.

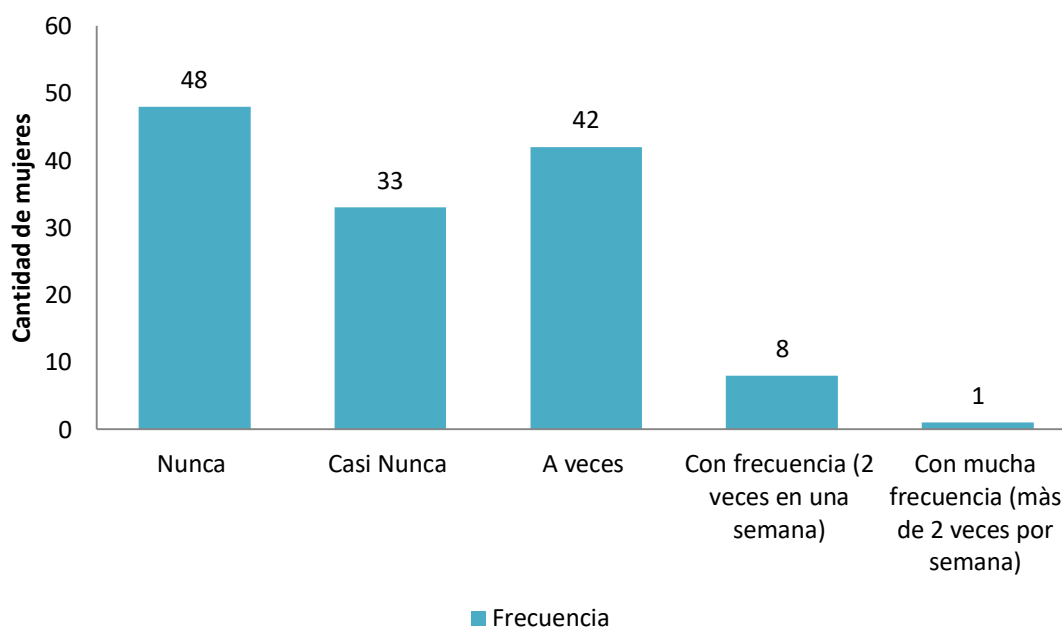


Figura N° 18. Distribución de la población según ejecución de atracones de comida, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 18 se muestran que 48 de las mujeres (36,36 %) respondieron que “nunca” lo han hecho, 42 mujeres (31,81 %) refieren haber realizado atracones “a veces”, mientras que 33 mujeres (25 %) indican que “casi nunca” han realizado esta acción, 8 entrevistadas (6,06 %) refieren realizar atracones “con frecuencia” y 1 mujer (0,75 %) mantiene el

comportamiento “con mucha frecuencia”. El apartado “a veces” obtuvo 126 puntos, y la opción “casi nunca” un puntaje de 66, según la escala de *Likert*.

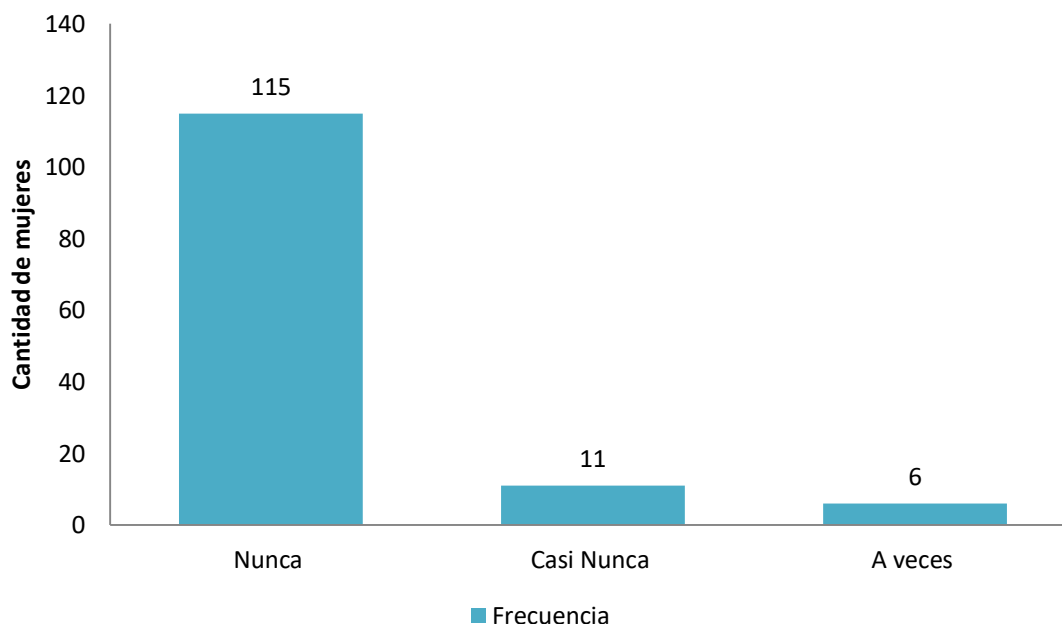


Figura N° 19. Distribución de la población según frecuencia con la que se han producido el vómito para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 19, se muestra que el 87,12 % de la población refiere “nunca” haber vomitado con la finalidad de perder peso, 8,33 % indican que “casi nunca” han realizado esta acción y 4,5 % de la población total señala que “a veces” se han producido el vómito. Según la escala de *Likert*, la opción “nunca” es la que obtiene mayor puntaje, con 115 puntos.

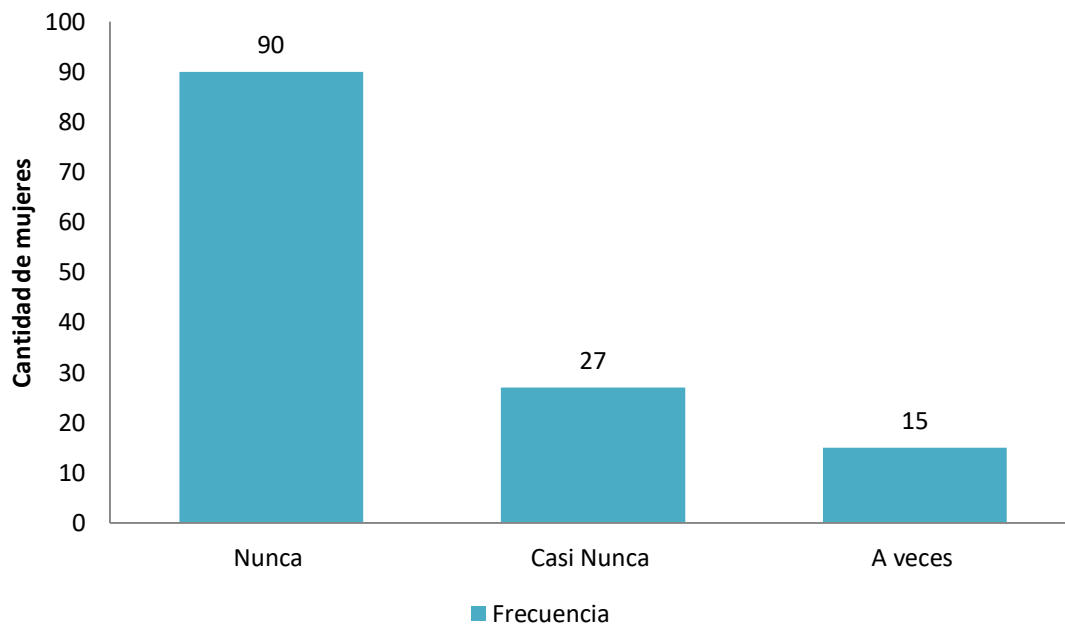


Figura N° 20. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado ayunos, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 20, se muestra que 90 personas refieren “nunca” haber realizado ayunos, representando un 68,18 % de la población total; por su parte, 27 mujeres (20,45 %) mencionan que “casi nunca han” realizado ayunos; y 15 de ellas (11,36 %) afirman que “a veces” han realizado ayunos. Según la escala de *Likert*, la opción “nunca” es la que obtiene mayor cantidad de puntos (90 puntos), “casi nunca” obtiene 54 puntos.

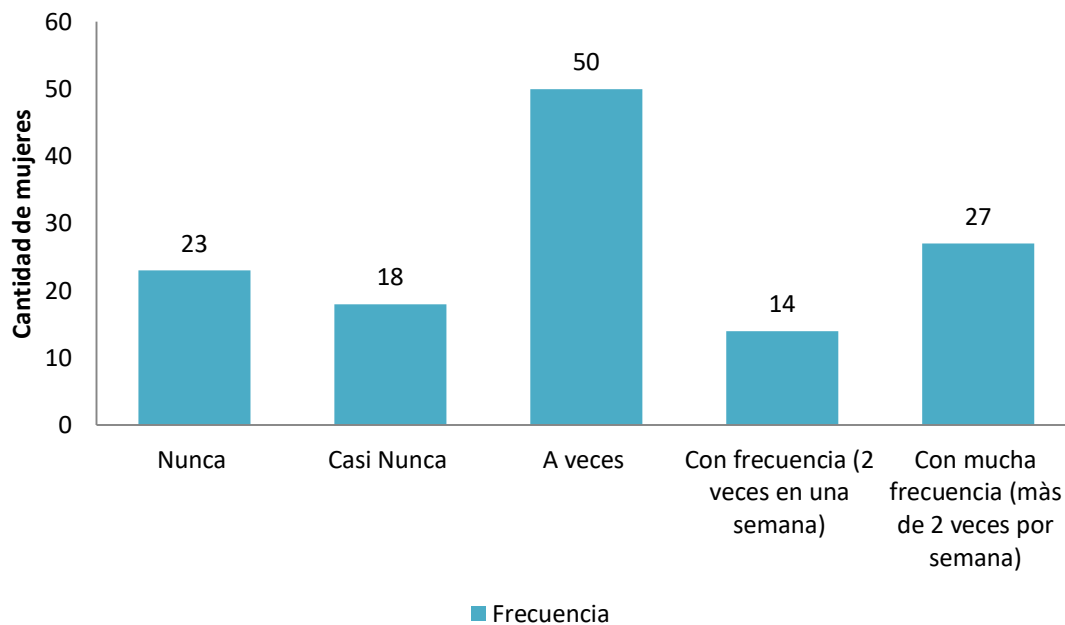


Figura N° 21. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado dietas para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 21, se muestra que la mayor cantidad de mujeres (50 mujeres) eligió la opción “a veces” para responder a la frecuencia con la que han realizado dietas para bajar de peso, esto equivale al 37,87 % de la población total; además, 27 mujeres (20,45 %) mencionan que realizan dietas “con mucha frecuencia”; 14 entrevistadas indican que “con frecuencia” realizan esta acción (10,60 %) La opción “a veces” es la obtiene mayor puntaje (150 puntos), seguido de “con mucha frecuencia”, con 135 puntos, según la escala de *Likert*.

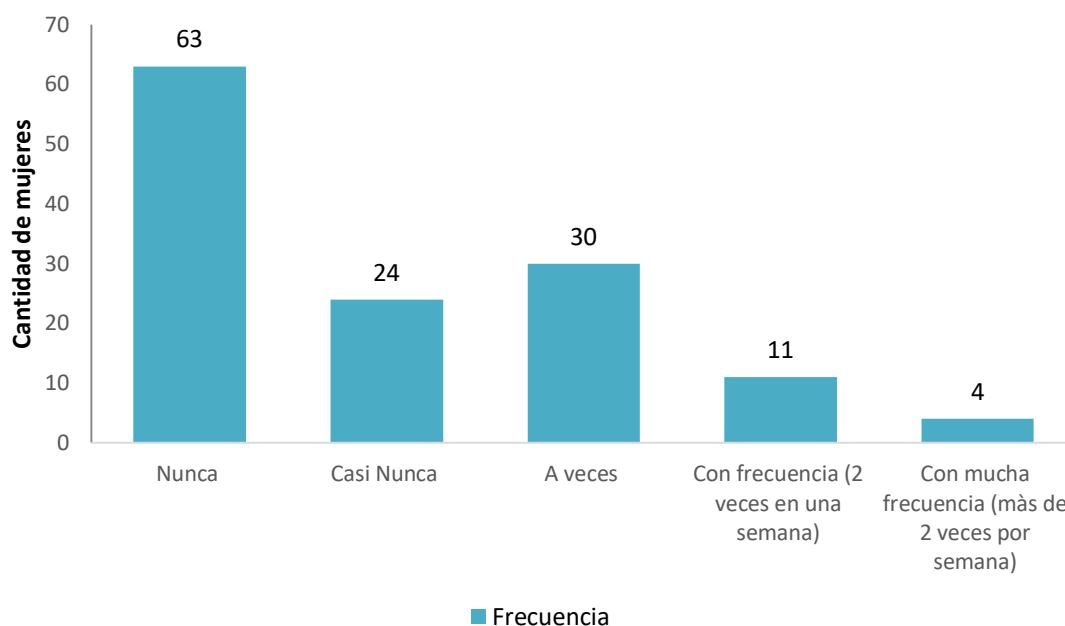


Figura N° 22. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han utilizado medicamentos para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 22, se muestra que 63 mujeres refieren “nunca” haber utilizado medicamentos para la pérdida de peso, 30 entrevistadas mencionan que “a veces” han consumido algún medicamento, 24 mujeres indican que “casi nunca” han realizado esta acción, 15 personas refieren que efectúan esto “con frecuencia” o “con mucha frecuencia”. A pesar de que un mayor número de población seleccionó la opción “nunca”, el mayor puntaje lo obtiene la opción “a veces”, ya que este genera mayor riesgo, por lo que, según la escala de *Likert*, se le otorga mayor puntuación por cada elección.

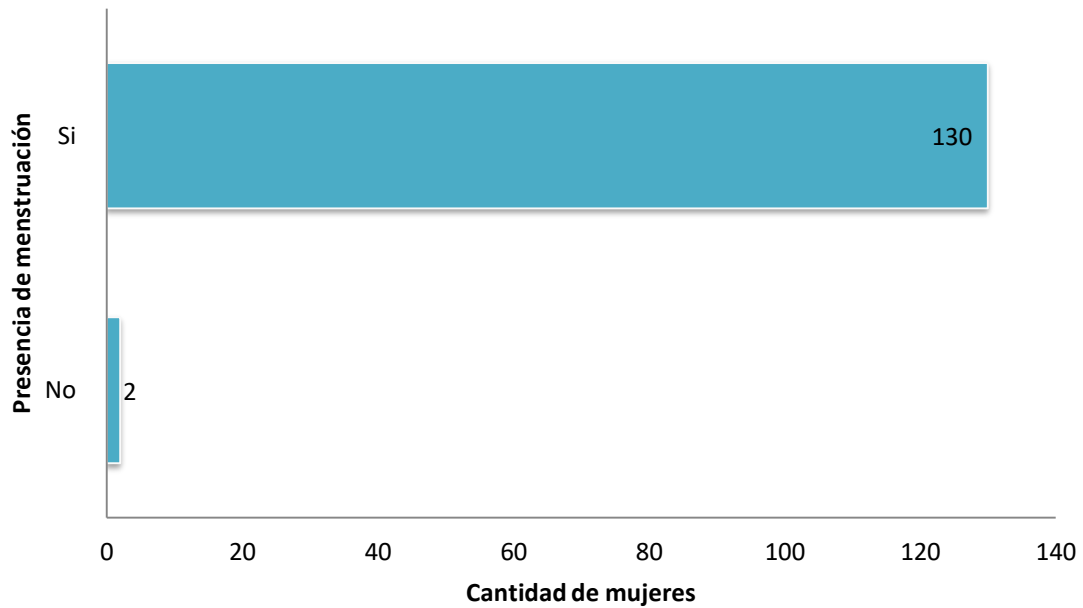


Figura N° 23. Distribución de la población según presencia de menstruación, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N° 23 muestra que 130 de las mujeres entrevistadas menstrúan, lo que representa un 98,4 % de la población total, 2 mujeres, 1,5 %, indican que no menstrúan actualmente, ya que una es operada y la otra se encuentra en periodo de lactancia.

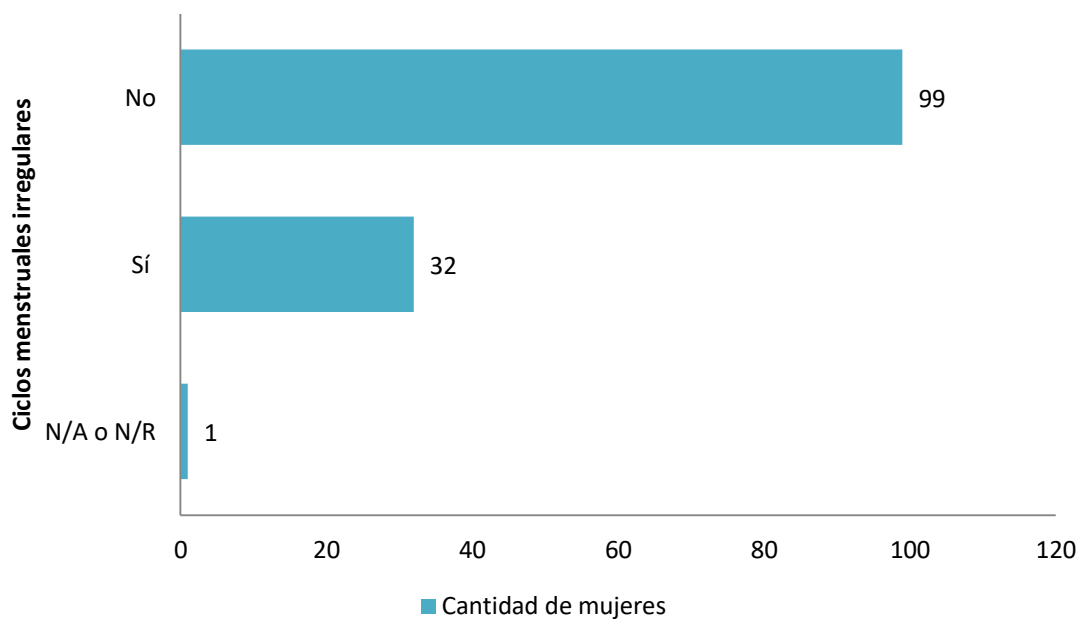


Figura N° 24. Distribución de la población según ciclos menstruales interrumpidos, Gimnasio Curves 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 24, se muestra la distribución de la población según la presencia de ciclos menstruales interrumpidos, 99 mujeres (75 %) indican que no han tenido ciclos menstruales interrumpidos, por su parte, 32 entrevistadas (24,24 %) señalan haber tenido ciclos interrumpidos y 1 persona (0,75 %) no responde.

Tabla N° 10

Período en el que presentaron ausencia de menstruación las participantes, 2017.

Cantidad de mujeres	Periodo por el que dejaron de menstruar
1	45 días
7	1 mes
15	2 meses
1	3 meses
4	6 meses
2	4 meses
1	5 meses
1	1 año (Por lactancia)

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 10, se detalla el periodo por el que las mujeres han dejado de menstruar, los periodos van desde los 45 días hasta los 5 meses. La mayor cantidad de mujeres con ciclos interrumpidos refiere haber tenido cese de la menstruación por 2 meses, una mujer refiere haber tenido su ciclo menstrual interrumpido por un año, sin embargo, la causa es la lactancia.

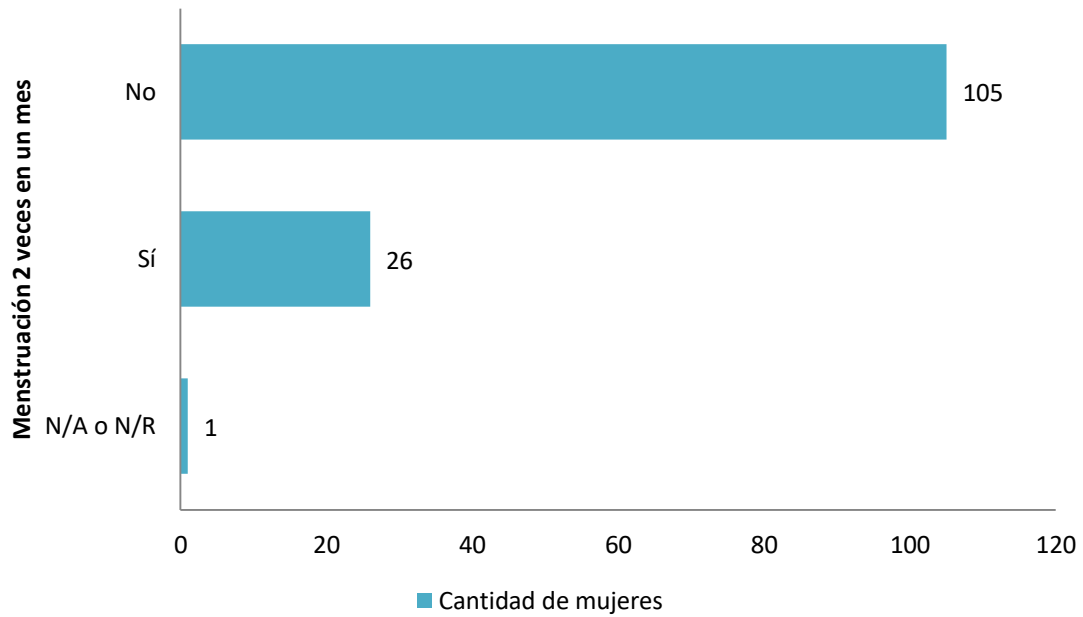


Figura N° 25. Distribución de la población según presencia de menstruación 2 veces en un mes, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 25, se muestra que 105 mujeres indican no haber tenido menstruación 2 veces en un mes, lo que representa un 79,5 % del total; seguidamente, 26 de ellas (19,6 %) mencionan que sí han presentado esta situación; una mujer (0,75 %) no responde a la pregunta.

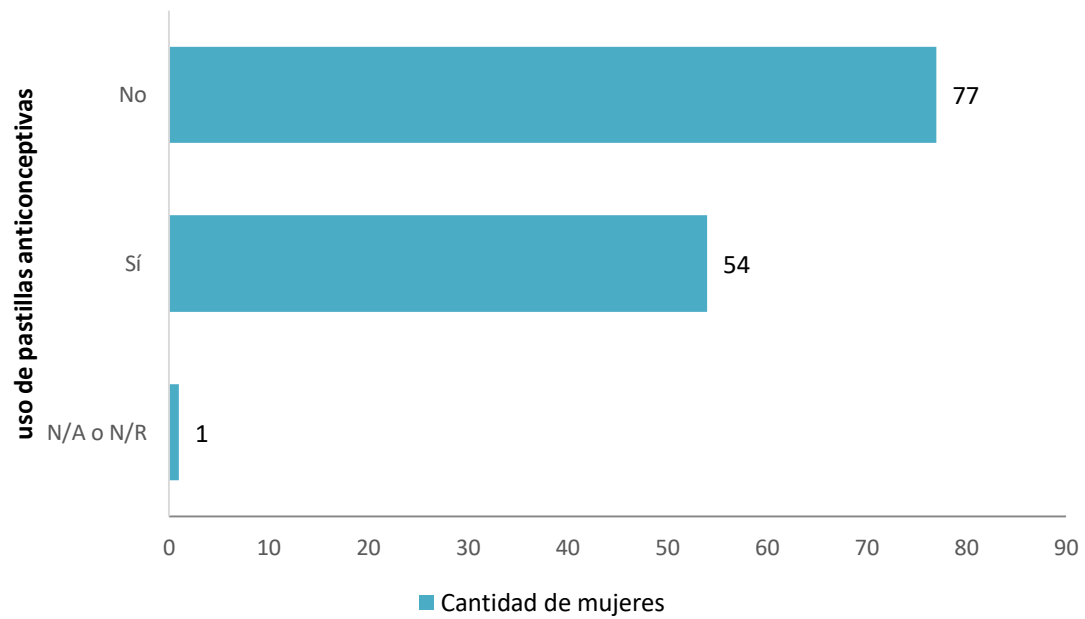


Figura N° 26. Distribución de la población según consumo de pastillas anticonceptivas, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 26, se muestra la distribución de las mujeres según el consumo de pastillas anticonceptivas, donde 77 mujeres indican que no consumen pastillas, lo que representa un 58,3 % de la población total; 54 mujeres refieren que sí consumen pastillas anticonceptivas, que significa un 40,9 %; una mujer no responde, lo que corresponde a un 0,75 %.

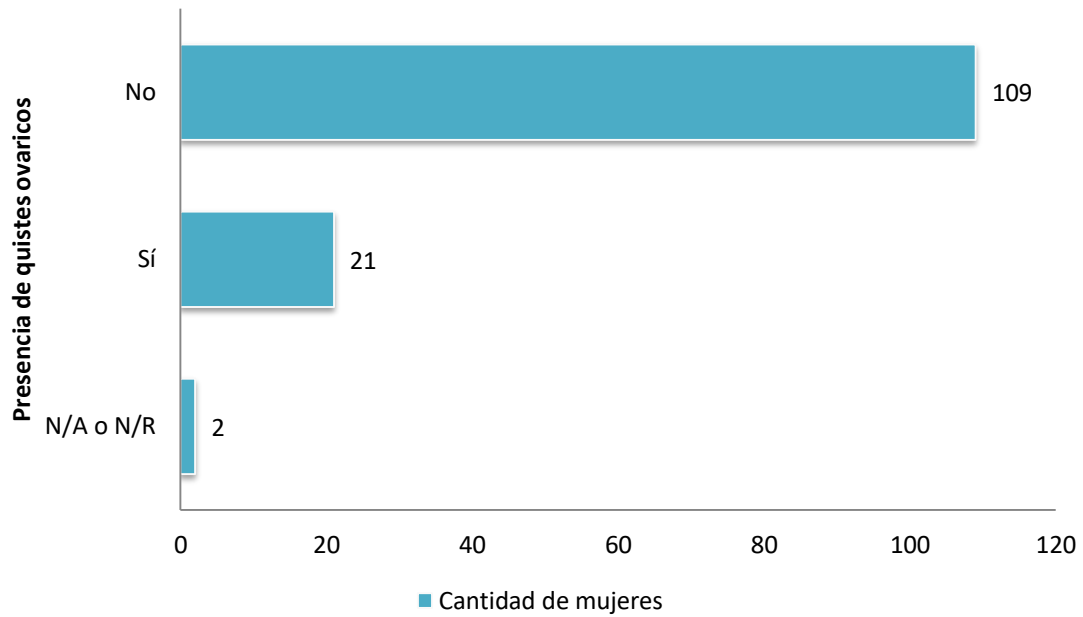


Figura N° 27. Distribución de la población según presencia de quistes ováricos, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N° 27, se puede observar que 109 de las mujeres entrevistadas (82,5 %) indican no poseer quistes ováricos, 21 de ellas (15,9 %) contestaron que sí tienen quistes ováricos y 2 mujeres (1,5 %) no responden a la pregunta.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El desarrollo del síndrome de atleta femenina suele dar inicio con un balance negativo de la disponibilidad energética en el organismo, componente que, generalmente, precede al descontrol de la función menstrual y alteración de la densidad mineral ósea; sin embargo, existen factores que pueden predisponer a las mujeres para el desarrollo de los componentes de la tríada, estos pueden ser no solo biológicos, genéticos o psicológicos, sino también, sociales y económicos, dentro de los cuales se encuentran la edad, el estado civil, la estructura familiar, nivel de escolaridad, profesión u oficio e ingreso económico.

El autor Hermoso²⁷ menciona que, aproximadamente, a los 35 años de edad es donde una persona alcanza el valor máximo de masa ósea, por lo que de no mantener hábitos saludables antes de esta de esta edad se genera un riesgo mayor para el desarrollo de osteoporosis; es decir, según este autor, las mujeres que no poseen hábitos saludables antes de los 35 años son más vulnerables a tener una pérdida acelerada de masa ósea, una vez que llegue la menopausia. Además, Rivera-Gallardo M. et al.⁴² indican, por su parte, que el pico máximo de masa ósea se alcanza entre los 20 y 30 años de edad.

En la figura N° 1, se muestra que la mayor cantidad de entrevistadas para esta investigación se mantienen en rangos entre 27-36 años de edad, por lo que, tomando como punto de referencia las afirmaciones de Hermoso²⁷ y valorando los hábitos que mantienen las mujeres participantes, según los resultados de esta investigación, la “edad” sería un factor de riesgo con el que cuenta la mayoría de ellas para desarrollar en síndrome de atleta femenina.

La autora Serra M.²¹ menciona que los trastornos de conducta alimentaria se presentan entre los 10 y 25 años, siendo más frecuentes de los 13 y 18 años. Guerra D. et al.⁴³ concuerda con la autora antes mencionada y hace referencia a que los trastornos de

conducta alimentaria suelen presentarse entre los 10 y 25 años de edad. Rivera-Gallardo M. et al.⁴² indica que las mujeres diagnosticadas con anorexia antes de los 20 años tienen mayor riesgo a padecer osteoporosis.

En los resultados arrojados en la presente investigación, se puede observar que, aunque la mayoría de las mujeres participantes no se encuentra en la adolescencia, muchas poseen conductas y hábitos alimentarios no saludables. A pesar de que la mayoría de investigadores hacen referencia a edades entre los 10 y 20 años al hablar de trastornos de la conducta alimentaria, esta investigación refleja que las mujeres de edades entre 17 y 40 años no están exentas y continúan en riesgo a desarrollar algún trastorno alimentario, aumentando la probabilidad de generar, también, el síndrome de atleta femenina.

Canada Health-OPS/OMS, citado por Lip C. y Rocabado F.³⁸, menciona que los aspectos sociales, tales como posición social, redes de apoyo, educación, empleo, condiciones de trabajo y servicios de salud están directamente relacionados con la calidad de vida con la que cuentan las personas. Además, Troncoso C. y Amaya J.⁴ mencionan que existe influencia de familia, amigos, entorno laboral y educacional sobre los hábitos alimenticios que mantiene la población.

Calvo S. et al.³³, por su parte, sugiere que la salud, principalmente, los hábitos alimenticios se encuentran íntimamente relacionados con la organización del núcleo familiar que posee el individuo, además, que las personas requieren de reconocimiento y valoración social, por lo que es importante contar con redes de apoyo.

En la presente investigación gran parte de las mujeres entrevistadas afirman estar casadas o vivir en unión libre, por lo que se puede suponer que ellas cuentan con un núcleo familiar básico como red de apoyo, a pesar de que una parte importante de las menciona que son solteras, solo ocho mujeres del total de la población refiere que, actualmente, viven solas.

La estructura familiar de las participantes como un aspecto social es relevante para esta investigación, ya que los autores mencionados hacen referencia a la influencia que tiene la familia en la salud y hábitos alimenticios, en aspectos como el tipo de alimentación, horarios establecidos para alimentarse, cantidad, preparación e incorporación de distintos tipos de alimentos en su dieta; lo anterior debido a que la forma en la que se alimenten las participantes puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la tríada de atleta femenina. Lip C. y Rocabado F.³⁸ mencionan que un aspecto social importante es el nivel de educación que poseen, ya que, según estudios, esto repercute en la salud de la población; los autores antes mencionados indican que a mayor nivel de escolaridad mayor es la autoevaluación del estado de salud. Los autores Corral F. et al.⁴⁴, por lo tanto, realizan un estudio donde asocian la baja escolaridad con el cáncer de útero, en el cual según los resultados obtenidos, la incidencia de ese tipo de cáncer fue mayor en personas de baja escolaridad debido al desconocimiento sobre la patología y temas de salud.

La presente investigación, si bien es cierto, no posee relación directa con el estudio realizado por los autores Corral F. et al.⁴⁴, cabe resaltar que el principio sobre la baja escolaridad en la población se mantiene, tal como lo afirman Lip C. y Rocabado F.³⁸, la baja escolaridad repercute en el desarrollo de esta y otras patologías, como es el caso del síndrome de atleta femenina. La baja educación ocasiona, en la mayoría de los casos, deficiencias en el auto cuidado y por ende en el estado de salud.

Los resultados de esta investigación muestran que la mayor parte de la población entrevistada refiere tener estudios universitarios, sin embargo, los autores Lip C., Rocabado F.³⁸ y Corral F. et al.⁴⁴ hacen referencia, únicamente, a la escolaridad de la población; no obstante, se consideró igual de importante no solo el nivel de escolaridad, sino también la información educativa en salud al que tiene acceso la población, es decir,

la educación que obtienen de profesionales en salud o del personal a cargo para guiar e instruir el ejercicio en el caso de los gimnasios.

La mayoría de participantes de la presente investigación cuenta con estudios académicos universitarios y se desempeña en campos y áreas laborales muy diversas, tal y como se muestra en la tabla N° 1, sin embargo, llama la atención que, a la hora de realizar las encuestas, la totalidad de la población indica no tener conocimientos sobre el síndrome de atleta femenina ni sobre otras consecuencias de una mala práctica a la hora de realizar ejercicio, diferentes a las lesiones musculares; es por esta razón que es relevante tanto el nivel escolar como el conocimiento sobre salud, alimentación, deporte y hábitos saludables que se les brinde regularmente.

Los autores Calvo S. et al.³³, en relación con los factores económicos, mencionan que, usualmente, se tiene la creencia de que las personas que poseen mucho dinero comen saludablemente; sin embargo, ellos afirman que se puede obtener una alimentación saludable con menos dinero del que las se cree. Ansorena D. y Martínez A.³⁵, por el contrario, afirman que mantener una dieta balanceada, realizar de 4 a 5 tiempos de comida diarios, conservar una dieta lo más variada posible, incluyendo alimentos de todos los grupos, según características de cada persona, requiere un gasto económico al que no todos los individuos tienen acceso.

Rodríguez D., citado por Porras S.³⁶, por su parte, menciona que el nivel socioeconómico influye directamente en la calidad, cantidad y variedad de los alimentos, educación, asistencia sanitaria, entre otros; y que, además, repercute en la salud, ya sea positiva o negativamente. Asimismo, Ortiz L. et al.⁴⁵ indica que la posición socioeconómica afecta la totalidad de condiciones de vida y no se limita, únicamente, a efectos sobre ciertas enfermedades, sino que condiciona un estado de salud inestable.

Los resultados de la presente investigación indican que, tal y como se muestra en la figura N° 4, una parte importante de la población entrevistada tiene ingresos menores a 500 000 colones mensuales, no tienen ingresos o son dependientes económicamente de otra persona. El Instituto Nacional de Estadística y Censos muestra que la canasta básica costarricense tiene un costo mensual de 49 000 colones para el mes de marzo, 2017 por persona, por lo que se podría concordar con los autores Calvo S. et al.³³ que se puede comer saludable gastando menos de lo que se cree, sin embargo, es usual que las personas tengan un gasto mayor en alimentación.

La canasta básica costarricense está conformada por algunos alimentos que permiten satisfacer las necesidades calóricas de un individuo promedio, sin embargo, usualmente, las personas deben destinar mayor cantidad de dinero a la alimentación, en especial, si desean mantener una alimentación variada y equilibrada, como mencionan las autoras Ansorena D. y Martínez A.³⁵; además los alimentos clasificados como *light*, por lo general, tiene un costo mayor.

Los gimnasios han aumentado su popularidad en los últimos años como un método para mantenerse activo, saludable y en forma, sin embargo, esto también representa un gasto económico mensual al que no todos tienen o tendrán acceso a largo plazo, actualmente, algunos gimnasios en el país rondan los 23 000 a 36 000 colones mensuales; de manera que se concuerda con el autor Ortiz L. et al.⁴⁵, sobre los efectos que pueden tener los aspectos económicos sobre la salud, en este caso, la limitante se genera sobre la permanencia en un gimnasio, que es la actividad por la que la mayoría de la población opta para mantenerse activo y en forma.

Los aspectos económicos contemplan un aspecto importante, como lo es la atención de la salud. En Costa Rica se cuenta con el beneficio de poseer la Caja Costarricense del Seguro Social que vela por los servicios de salud de los costarricenses; sin embargo, como todas

las instituciones, tiene sus deficiencias, una de ellas, por ejemplo, es la tardanza que se presenta para obtener una cita con un especialista, lo que ocasiona que algunos opten por pagar la consulta privada antes que esperar un largo período, no obstante, en estos casos y mencionando nuevamente a las autoras Ansorena D. y Martínez A.³⁵, no toda la población puede hacerlo. Es por esto que una vez más se señala que el aspecto económico repercute en la salud de la población.

Factores como el tipo, cantidad e intensidad de ejercicio que realicen las mujeres son determinantes para un posible desarrollo de los componentes del síndrome de atleta femenina, además, el motivo por el cual realizan ejercicio, malos hábitos alimentarios, conductas de riesgo en cuanto la alimentación y pérdida de peso, autoestima y distorsión de la imagen corporal son aspectos que generan vulnerabilidad en la población.

La autora Palacios N.¹⁴, en relación con el ejercicio y deporte, menciona que debido al aumento de las mujeres que se han involucrado en la práctica deportiva, ha sido notable, también, el incremento de los problemas de salud derivados de una práctica inadecuada de este, dentro de ellos el síndrome de atleta femenina. El Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵, por su parte, menciona que todas las mujeres que practiquen deporte se encuentran en riesgo de desarrollar el síndrome de atleta femenina, mayormente, las que realizan ejercicio de alta intensidad o practican deportes que resalten la pérdida de peso como danza, gimnasia, ciclismo, entre otros.

Los resultados de la presente investigación muestran que todas las mujeres participantes realizan ejercicio al menos tres veces a la semana, aproximadamente, la mitad de la población práctica ejercicio entre cuatro y cinco veces a la semana, lo que genera, de acuerdo a las afirmaciones del Colegio Americano de Medicina Deportiva¹⁵ y según la teoría indagada para este estudio, un riesgo mayor a padecer el síndrome de atleta

femenina; ya que, además de lo anterior, la gran mayoría de las mujeres refiere que efectúan ejercicio de intensidad moderada e intensa al menos 30 o 45 minutos por día.

La autora Serra L. et al.⁴⁷ refiere que el ejercicio resulta efectivo para mejorar la salud en áreas como: hipertensión, obesidad, diabetes, osteoporosis, salud mental y funciones intelectuales, entre otras. Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, no se concuerda con la autora porque el tipo de actividad física que efectúan las participantes en conjunto con la ingesta de calorías que mencionan tener, produce, por el contrario, mayor riesgo de desarrollar alguno de los componentes de la tríada.

Marquez S.⁴⁶, por su parte, menciona que la actividad física aumenta la autoconfianza, da sensación de bienestar, mejora el funcionamiento intelectual, produce que las personas sean menos susceptibles a factores de enfermedades mentales, además, menciona que la actividad física tiene efectos positivos sobre el tratamiento de la depresión, el estrés y la ansiedad.

Asimismo, indica algunos de los beneficios psicológicos que genera el ejercicio cuando se realiza en condiciones óptimas, tales como la autoconfianza y el tratamiento de depresión, estrés y la ansiedad. Sin embargo, es importante considerar la motivación que tienen las mujeres a la hora de realizar ejercicio, ya que, en contraposición a lo que afirma la autora Marquez S.⁴⁶, según la motivación que tengan para realizar ejercicio, esta puede volverse, por el contrario, agente generador de estrés y ansiedad por no obtener resultados deseados.

Los resultados de la presente investigación indican que el motivo principal de realizar ejercicio en la población es la pérdida de peso y la estética, además un porcentaje importante de las entrevistadas señalan que se encuentran disconformes con el peso ideal para su talla; por lo que se considera importante que, para que las mujeres obtengan los beneficios mencionados por Marquez S.⁴⁶ a la hora de ejercitarse, se indague la

motivación y los objetivos que quieren obtener de dicha actividad, por el contrario, puede acarrear consecuencias adversas.

Los autores Izquierdo M. et al.² indican que, usualmente, los desórdenes alimentarios se adquieren debido al objetivo que se plantean las personas por perder peso o mantener cierta apariencia física. Lora C. y Saucedo T.⁵ mencionan que, actualmente, el temor a ser obesos afecta tanto a hombres como mujeres, sin embargo, son las mujeres quienes poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal, este temor a subir de peso propicia conductas de riesgo.

La OMS menciona que el peso ideal corresponde al número de kilogramos recomendado según la talla y la contextura de la persona. En la presente investigación, algunas de las mujeres participantes se encuentran inconformes con su peso ideal, independientemente de su peso actual; esto las hace propensas a optar por conductas no saludables para cumplir su objetivo de obtener el peso que ellas consideran óptimo.

Ibáñez J. y Astiasarán I.³¹, en relación con los hábitos alimenticios, afirman que una inadecuada alimentación afecta de manera significativa la salud y que una restricción calórica mantenida puede ocasionar la supresión de la formación de hueso. Esquivel R. et al.³² por su parte, alude que los medios de comunicación influyen de manera significativa sobre los hábitos alimentarios, por lo que es importante educar sobre selección, preparación y consumo de los alimentos.

Ansorena D. y Martínez A.³⁵ mencionan que las personas, idealmente, deben realizar de cuatro a cinco tiempos de comida, manteniendo horarios regulares y procurando integrar alimentos variados de todos los grupos alimenticios.

Los datos detallados en la tabla N° 10 muestran que la mayoría de las participantes en esta investigación realiza de cuatro a cinco tiempos de comida diarios, lo recomendado según la autora Ansorena D. y Martínez A.³⁵; sin embargo, en la información obtenida, se evidencia

que hay una pequeña parte de la población que se saltan tiempos de comida importantes como el desayuno y el almuerzo, otras realizan solo 3 tiempos de comida, dejando de lado las meriendas. Los resultados evidencian que menos de la mitad del total ingiere todos los tipos de alimentos recomendados, los alimentos que más excluyen de su dieta son las semillas, grasas, carbohidratos y lácteos.

La OMS⁴⁸ recomienda que un adulto promedio debe consumir aproximadamente 2000 kilocalorías por día. Este estudio evidencia que pocas mujeres conocen la cantidad aproximada de calorías que consumen, sin embargo, de ellas, la mayoría refiere consumir 1900 kilocalorías o menos, a pesar de la recomendación de la OMS; lo que llama la atención, para efectos de esta investigación, es que las mujeres tienen una ingesta calórica baja para una persona que realiza ejercicio de intensidad moderada o alta, tal como indican en la figura N° 9.

La mayoría refiere preparar en casa los alimentos que consumen habitualmente, sin embargo, un porcentaje importante de las mujeres indica que no preparan los alimentos, dejando en manos de restaurantes y personas externas la cantidad, calidad, tipo y preparación de los comidas que consumen diariamente.

Moreno M, Ortiz G⁴⁹, en relación con la autoestima, menciona que, en la actualidad, la baja autoestima es un problema que afecta e influye ampliamente la salud y la interacción social. Estos autores evalúan la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria, la baja autoestima y la imagen corporal, comprobando que hay afectación en ambos sexos, sin embargo, las mujeres adolescentes son las que tienen mayores problemas con el manejo de la autoestima y la imagen corporal que poseen.

El autor Massó F.⁵⁰ indica que la autoestima es la idea que se tiene sobre uno mismo y que esta influye en el bienestar físico, en el equilibrio psíquico y en la efectividad social de las personas. Marin V.⁵¹, por su parte, menciona que uno de los factores de riesgo que influye

directamente para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria es precisamente tener autoestima baja, además, el 85 % de los casos se presenta en personas de 13 a 20 años.

La autoestima de las participantes en la investigación se evaluó por medio de la escala de *Rosemberg* y, a pesar de que la mayoría mantiene una autoestima elevada, los resultados reflejan que una parte de ellas se encuentran en el rango de medio o bajo; la evaluación del autoestima es de suma importancia en el desarrollo del síndrome de atleta femenina, ya que, según diversos estudios, se ha demostrado la relación entre la baja autoestima y la adopción de conductas alimentarias no adecuadas.

Los autores antes mencionados hacen hincapié sobre la alta incidencia de problemas con la autoestima y el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes, sin embargo, en desacuerdo con ellos, se considera que es un tema donde se deben incluir todas las edades y abarcar, también, a la población adulta joven, además es importante, para próximas investigaciones relacionadas con el síndrome de atleta femenina, incorporar otros profesionales que profundicen un poco más en este tema, que es un aspecto que incide en la actualidad.

Rivarola M.²⁹ expresa que la distorsión de la imagen corporal es significativa para la construcción de la autoestima y el desarrollo psicosocial del individuo. Sepúlveda A. et al.⁵² señala que la distorsión de la imagen corporal son todos aquellos juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales y usualmente está asociado con la presencia de trastornos alimentarios.

Silva-Filho L. et al.⁵³ afirman que la actividad física aumenta la capacidad funcional y trabaja en la estética de la expresión corporal para mejorar la autoestima, así reconocer mejor su propio cuerpo; además afirman que los medios de comunicación brindan materia

–en revistas, televisión e internet– que generan preocupación e inseguridad, principalmente, en las mujeres.

La distorsión de la imagen corporal en la presente investigación se evaluó identificando la percepción del cuerpo con la que contaban las mujeres para, posteriormente, compararla con el índice de masa corporal; se llega a concordar con la autora Rivarola M.²⁹ que la distorsión de la imagen corporal tiene efectos directos sobre la autoestima (ya sea positiva o negativamente) e, incluso, están vinculados, ya que ambos generan un mayor riesgo para desarrollo de patologías, tales como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, entre otros, dentro de los que se encuentra el síndrome de atleta femenina y sus componentes.

Los autores Silva-Filho L. et al.⁵³ abarcan un aspecto fundamental al hablar sobre la distorsión de la imagen corporal y es la influencia que tienen los medios de comunicación sobre la distorsión, percepción y autoestima de las mujeres en la actualidad, aunque tanto hombres como mujeres son bombardeados, constantemente, con esta información, son ellas quienes se ven más afectadas e influenciadas a comprar la imagen que quieren vender los medios sobre el cuerpo, figura y peso ideal.

La sociedad actual se ha encargado de rendir culto al cuerpo y, como menciona la autora Rivarola M.²⁹, muchas veces se disfraza el concepto de delgadez con “estar en forma” afirmación que, según estudios realizados, está muy lejos de la realidad, debido a que el estar delgado no significa estar saludable.

En la presente investigación, según el concepto mencionado por Sepúlveda A. et al.⁵², se puede decir que existe cierto porcentaje con distorsión de la imagen corporal. Esta, usualmente, se asocia a que las mujeres se perciben con mayor peso del que se posee, sin embargo, los resultados de este estudio muestran lo contrario, ya que, a pesar de que algunas mujeres se encuentran con obesidad o sobrepeso, no todas lo perciben así. Otro

dato que llama la atención es que varias se perciben delgadas y, según el índice de masa corporal, solo dos lo son.

Los datos anteriormente mencionados revelan que sí existe distorsión de la imagen corporal en la población participante, contrario al pensamiento de los autores Silva-Filho L. et al.⁵³, que menciona que la actividad física favorece el reconocimiento del propio cuerpo.

La osteoporosis, amenorrea y los trastornos de conducta alimentaria, signos y síntomas del síndrome de atleta femenina, deben tener su respectivo diagnóstico por profesionales especializados, sin embargo, en este análisis se indaga acerca de antecedentes o situaciones que brinden un precedente de que ellas pueden presentar alguno de estos signos y síntomas, por medio de antecedentes personales y familiares, presencia de fracturas en el caso de la osteoporosis, ciclos menstruales irregulares para la amenorrea y acciones o conductas que marquen indicios de trastornos de la conducta alimentaria.

Distintos autores mencionan que uno de los factores precipitantes para desarrollar la osteoporosis es la menopausia, sin embargo, por las edades seleccionadas para esta investigación, todas las mujeres refieren que continúan menstruando. El autor Hermoso M.²⁷ menciona que la osteoporosis es más frecuente en hijas de mujeres osteoporóticas; para efectos de esta investigación, los resultados muestran que una cantidad importante de la población cuentan con antecedentes familiares de osteoporosis, de ellas la gran mayoría refiere que quien lo padecía era su madre o su abuela; el total de la población indica nunca haber presentado antecedentes personales de osteoporosis.

El Ministerio de Sanidad de Catalunya⁵⁴ señala que, cuando la densidad mineral ósea disminuye, hay mayor probabilidad de fracturas, es por ello que, con la intención de indagar sobre posibles síntomas y signos en las mujeres, se les consultó si habían presentado fracturas en el último año, muy pocas respondieron que sí las han presentado en

una o dos ocasiones, sin embargo, para próximas investigaciones sería adecuado indagar cuál fue el motivo que ocasionó dichas fracturas.

Los trastornos de la conducta alimentaria, para efectos de esta investigación, no se pueden diagnosticar, sin embargo, la intención es observar conductas riesgosas que poseen las mujeres para el desarrollo de estas. La autora Serra M.²¹ menciona que los trastornos de la conducta alimentaria son causados por factores genéticos, sociales, culturales y familiares y se presentan, mayormente, en mujeres adolescentes. Unikel C. et al.⁵⁵ indica que estos trastornos son más frecuentes en mujeres jóvenes, además menciona que las acciones de riesgo para su desarrollo son todas aquellas conductas anormales que hacen referencia a las manifestaciones, similares en forma, pero en menor frecuencia e intensidad que en los trastornos de conducta alimentaria.

Moral J.⁵⁶ dice que algunas conductas de riesgo para el desarrollo de estas patologías es la preocupación excesiva por el peso y la silueta, además de problemas de autoestima y autovaloración. Este autor indica que las personas con tal de mejorar su peso introducen ayunos y alteran sus hábitos alimenticios, ante el aumento de apetito suelen aparecer los atracones de comida e intentan compensarlo con métodos radiales para evitar aumentar de peso y ejercicio exagerado.

Los resultados de esta investigación concuerdan con algunos de los datos expresados por el autor Moral J.⁵⁶, ya que más de la mitad de la población refieren estar preocupadas por engordar, constantemente. Las mujeres indican que, en ocasiones, sienten que pierden el control de los alimentos que ingieren y realizan atracones de comida, tal como menciona el autor Moral J.⁵⁶, esto representa un riesgo ya que la mayoría siente preocupación por engordar, pero ejecutan atracones de comida en ocasiones, como consecuencia, pueden optar por conductas como ejercicio excesivo o algún método compensatorio de riesgo.

Los resultados concluyen además que, del total de mujeres entrevistadas, muy pocas refieren vomitar para perder peso, sin embargo, este es un dato que no debe pasar desapercibido al ser una conducta muy riesgosa. Los ayunos también son poco frecuentes en la población, sin embargo, algunas mencionan ayunar en ocasiones. Marino R. et al.⁵⁷ señala que los ayunos prolongados provocan una disminución del gasto energético, esto conlleva a una reducción de la glucosa, y comienzan a utilizarse las reservas de proteína de los tejidos para realizar distintas funciones del organismo; es por esto que los ayunos tienen un efecto negativo en la salud de las mujeres físicamente activas.

Las entrevistadas, además, refieren que las dietas para adelgazar sí son comunes para ellas, ya que la mayor parte realiza o ha realizado dietas para bajar de peso; si sumamos este y los datos de las conductas de riesgo antes mencionadas, va incrementando la vulnerabilidad de adoptar conductas alimentarias no saludables en esta población.

Los resultados de la utilización de medicamentos indican que, a pesar de no ser muy frecuente, sí hay utilización de fármacos con el objetivo de perder peso. Ceja- Ramírez L. et al.⁵⁸ menciona que, en las últimas décadas, la comunicación audiovisual ha hecho culto a la estética sin tener en cuenta el estado de salud, esto provoca que las personas realicen dietas “milagrosas” o recurran a utilizar medicamentos que prometen ayudar a perder peso; uno de los mayores problemas de esta situación es que algunos productos contienen sustancias químicas que producen dependencia, además del descontrol metabólico que se genera.

Palavecino N.²³ señala que la amenorrea es la pérdida de la menstruación por tres meses o más ciclos consecutivos. Manrique M.⁵⁹, por su parte, menciona que la amenorrea (secundaria) es la ausencia del periodo durante 6 meses o durante un intervalo equivalente a un total de al menos tres de los intervalos entre los ciclos anteriores.

En este estudio, la mayor cantidad de mujeres aún menstrua y nunca han presentado ciclos menstruales irregulares. Sin embargo, sí se cuenta con una cantidad importante que sí han tenido presencia de ciclos irregulares, reportan que los periodos del cese de la menstruación van desde los 45 días hasta los 6 meses; por lo que, según lo descrito por los autores Manrique M.⁵⁹ y Palavecino N.²³, algunas de ellas han presentado amenorrea secundaria, además otro grupo ha tenido menstruación dos veces en un mes, lo que puede generar una alerta de descontrol hormonal la población.

El consumo de pastillas anticonceptivas y presencia de quistes ováricos son tomados en cuenta en la presente investigación debido a que ambos pueden producir irregularidades en el ciclo menstrual. Los autores García P. et al.⁶⁰ mencionan que, cuando hay un exceso de estrógenos, las pastillas anticonceptivas pueden ocasionar menorragia o dismenorrea, por el contrario, un exceso de progestágenos provoca mayor duración de la menstruación.

Tejeda F. y Iglesias E.⁶¹, al igual que los autores antes mencionados, indican que la anticoncepción con progestágenos puede tener como efecto adverso sangrados irregulares y amenorrea, mencionan además que la única función de los progestágenos es reducir los efectos secundarios de los estrógenos, por lo que, al no haber deprivación hormonal puede presentarse sangrados irregulares sin ciclos identificables o amenorrea.

Mtawali G. Et al.⁶² muestra que los anticonceptivos combinados (estrógenos más progestina) tienen como efectos colaterales las náuseas, sensibilidad de las mamas y alteración en el ciclo menstrual o ausencia del mismo.

Rodríguez M.⁶³ menciona que la presencia de quistes ováricos ocasiona alteraciones menstruales con manifestaciones como oligomenorrea, amenorrea o anovulación, sin embargo, indica que en diferentes estudios se ha demostrado que la mayoría de mujeres mantiene ciclos menstruales normales con ovulación regular.

En la presente investigación, únicamente, se le consultó a las participantes si utilizaban pastillas anticonceptivas y si tenían quistes ováricos, debido a que, como mencionan los autores antes citados, ambos pueden provocar irregularidades en el ciclo menstrual; sin embargo, de acuerdo con lo que ellos exponen es ideal, para futuras investigaciones, indagar en el tipo de anticonceptivo que utilizan y los precedentes sobre los quistes ováricos, para tener mayor claridad de la posible relación con la amenorrea que presentan.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Las mujeres del Gimnasio Curves cuentan con factores de riesgo para desarrollar el síndrome de atleta femenina, tales como aspectos sociales y económicos, factores modificables y no modificables, personales y familiares, y algunos indicios del síndrome según signos y síntomas.

Los aspectos económicos y sociales que inciden en el desarrollo del síndrome de atleta femenina y que se encuentran presentes en las participantes en la investigación son: edad, estado civil, nivel de escolaridad, estructura familiar e ingreso económico mensual. Todas las características anteriores general vulnerabilidad para el desarrollo del síndrome de atleta femenina o alguno de sus componentes.

Los factores de riesgo no modificables asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina que poseen las mujeres de edades entre 17 y 40 años del Gimnasio Curves en Desamparados son el sexo, la edad y antecedentes patológicos familiares.

Los factores modificables que hacen más vulnerables a las mujeres estudiadas a desarrollar el síndrome de atleta femenina son realizar actividad física o ejercicio habitualmente, ejercicios o deportes de alta intensidad, disconformidad con su peso, la pérdida de peso o estética como motivo principal para realizar ejercicio; malos hábitos alimentarios como saltar tiempos de comida, excluir alimentos necesarios para el cuerpo y una reducida ingesta de calorías diarias; baja autoestima y distorsión de la imagen corporal.

La amenorrea es el único síntoma que se puede detectar en las mujeres del Gimnasio Curves, sin embargo, muchas poseen conductas de riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios y antecedentes, principalmente, de carácter genéticos para el desarrollo de osteoporosis.

6.2 RECOMENDACIONES

Al personal a cargo de instruir a las mujeres en la realización del ejercicio se recomienda:

- Efectuar programas educativos individuales, aportando conocimientos sobre beneficios y consecuencias de la práctica del ejercicio.
- Discutir con las mujeres los beneficios de establecer vínculos con las personas más cercanas, con el fin de que les proporcionen apoyo para cumplir sus metas y objetivos a la hora de realizar ejercicio y en las distintas actividades a desarrollar.
- Educar sobre la importancia de mantener la cantidad e intensidad de ejercicio deseado, siempre y cuando logren satisfacer las necesidades energéticas para compensar el gasto por el ejercicio.
- Aportar información sobre los beneficios de realizar diariamente entre cuatro y cinco tiempos de comida; establecer, en la medida de lo posible, horarios específicos para realizarlas e incorporar alimentos de todos los grupos.
- Discutir con las mujeres la importancia de consultar con un especialista la cantidad de calorías recomendadas diariamente según las características de cada persona.
- Advertir sobre la necesidad de mantener un control estricto de los ciclos menstruales para identificar si existe alguna irregularidad; de ser así, educar sobre la importancia de la consulta ginecológica para que evalúe las posibles causas.
- Incentivar a las mujeres a tener pensamientos positivos sobre la figura y el peso deseado e identificar cuando sienten la necesidad de alimentarse o cuando comen por ansiedad.
- Advertir la importancia de realizar dietas, únicamente, cuando sean establecidas por profesionales en el tema y evitar la utilización de medicamentos con el objetivo de perder peso.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Cáceres P. Enfoque nutricional de la tríada de atleta femenina. El papel del dietista-nutricionista. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2011; (13): 1461-1480.
2. Izquierdo Miranda Z., Cabrera Oliva V., García Ucha F., Almenares Pujadas M. Actualización, pronóstico y medidas de intervención para la tríada de la mujer deportista. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte* [Internet]. 2006 [citado 19 enero 2017]; 6 (24): 188-199. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222008002>
3. Lameiras M., Calado M., Rodríguez Y., Fernández M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003; Vol. 3 (1): 23-33.
4. Troncoso C., Amaya J. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr*. 2009; Vol. 36 (4): 1090-1097.
5. Lora C., Saucedo T. 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. *Medigrafic*. 2006; Vol. 29 (3): 60-67.
6. Herrera A. (2014). *Prevalencia del uso de dietas hipocalóricas en mujeres físicamente activas o sedentarias, que asisten a la Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez, San José, 2013*. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Hispanoamericana.
7. Disant-Tenti C. (2014). *Comparación del porcentaje de grasa y la disponibilidad energética para identificar los riesgos nutricionales y de salud en las gimnastas de 10 a 14 años, de nivel 4 a 10, Heredia, 2014*. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Hispanoamericana.

8. Rodríguez M., Vargas D. (2012). *Factores sociales y psicológicos que afectan el estado nutricional de gimnastas de 11 a 16 años del gimnasio GymStar en Tres Ríos de Cartago, durante el primer cuatrimestre del año 2012*. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Hispanoamericana.
9. Bolaños G. (2012). *Percepción de los efectos en la salud física de los hábitos alimentarios y su relación con los ejercicios aeróbicos en mujeres de 20 a 40 años que asisten al palacio de los deportes Heredia, Costa Rica, entre los meses octubre y noviembre del 2012*. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Hispanoamericana.
10. Jiménez A. (2014). *Efectos de una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas sobre la composición corporal de hombres que realizan ejercicios de fuerza en gimnasios de San José, durante el tercer cuatrimestre del 2014*. Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Hispanoamericana.
11. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Vol. 5ta ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
12. Márquez S., González J. Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la actividad física y el deporte. Ed: Marquéz R, Garatachea N. Actividad física y salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2013. pp. 455-466.
13. Saenz B., Berasategi M., Korkostegi M., Recalde A. Las mujeres deportistas en la prensa: los Juegos Olímpicos de Londres 2012. 1ra ed. Barcelona: Editorial UOC; 2015.
14. Palacios N. La alimentación y la nutrición en el siglo XXI. [Internet]. Baiona (Galicia): Fundación Española de la Nutrición; Octubre 2002 [citado 28 de enero 2017]. Disponible en:
<http://fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/15220071857.pdf#page=86>

15. Otis CL., Drinkwater B., Johnson M., Loucks A., Wilmore J. American College of Sports Medicine Pronunciamento. La tríada de la mujer atleta. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1997; 29 (5): pp. i-ix.
16. Benito P., Calvo S., Gómez C. Alimentación y nutrición en la vida activa: ejercicio físico y deporte. Edición digital. Madrid, España: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; Abril 2014.
17. Nattiv A., Loucks A., Marone M., Sandborn C., Sundgot-Borgen J., Warren M. (2007). American College of Sports Medicine Position Stand. The Female Athlete Triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 39 (10): 1867-82.
18. Konovalova E., Rivera M. 1era ed. El ciclo menstrual en la deportista colombiana. Colombia: Programa Editorial de la Universidad del Valle; Diciembre 2015.
19. Vázquez V., Martínez A., Díaz M. Menarquía y ciclo menstrual en estudiantes internas y externas de ciudad de la Habana. *Rev Cubana Salud Pública* . [Internet]. 2005 [citado 31 enero 2017]; 31(4): 301-305. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n4/spu06405.pdf>
20. Beers M., Fletcher, A., Jones T., Porter R., Berkwits M., Kaplan J. Nuevo Manual Merck de información médica general. Edición en lengua española. Barcelona (España): Editorial Océano; 1997.
21. Serra M. Los trastornos de la conducta alimentaria. 1era ed. Barcelona, España: Editorial UOC; 2015.
22. Mural J., Stigliano JH., Borelli M., García A., Marrone M., Rossi C. et al. Guía de procedimientos en Ginecología. Comisión Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. 2009. Disponible en:
<http://colmed3.com.ar/frp/ginecologia.pdf#page=69>

23. Palavecino N. Nutrición para el Alto Rendimiento. [Internet]. España: Libros en Red; 2002. [citado 07 febrero 2017]. Disponible en: <http://pilarmartinescudero.es/EneroFebreroMarzo2014/nutricion%20para%20el%20alto%20rendimiento.pdf>
24. Pagina OMS: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
25. Publicación oficial OMS :
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
26. Téllez M. Nutrición clínica (2a. ed.). México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno; 2014.
27. Hermoso de Mendoza M.T. Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. An. Sist. Sant. Navar. [Internet]. 2003 [citado 06 febrero 2017]; Vol 26: 29-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s3/original3.pdf>
28. Serra M. Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos. Madrid, ESPAÑA: Editorial UOC; 2015.
29. Rivarola M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Buenos Aires, AR: Red Fundamentos en Humanidades; 2005.
30. Moreno M., Ortiz G. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Ter Psicol [Internet]. 2009 [citado 08 febrero 2017]; Vol. 27 (2): 181-190. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext
31. Ibáñez J., Astiasarán I. Alimentación y deporte. Navarra, ES: EUNSA, 2010.

32. Esquivel R., Martínez S., Martínez JL. Nutrición y salud. 3a. ed. México, D.F: Editorial El Manual Moderno; 2014.
33. Calvo S., Gómez C., López C. Nutrición, salud y alimentos funcionales. Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2011.
34. Posada A., Gómez J., Ramírez H. El niño sano. 3ª. ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2005.
35. Ansorena D., Martínez A. Alimentación, ejercicio físico y salud. 1ra ed. España: Editorial Eunsa; 2010.
36. OMS http://www.who.int/social_determinants/es/
37. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
38. Lip C., Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
39. OMS: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
40. Aristizábal G., Blanco D., Sánchez A., Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Medigraphic. 2011; Vol 8 (4): págs. 16-23.
41. Grupo Océano. Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona; España: Editorial Océano; sin año de publicación.
42. Rivera-Gallardo M., Parra M., Barriguet J. Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis. Salud pública Mex. 2005; Vol. 47 (4): 308-318.

43. Guerro D., Barjau J., Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; Vol. 29 (6): 71-78.
44. Corral F., Cueva P., Montes E. la baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1996; Vol. 12 (16): 511-517.
45. Ortiz L., Pérez D., Tamez S. Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; Vol. 53 (3): 336-347.
46. Marquez S. Beneficios psicológicos de la actividad física. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.* 1995; Vol. 48 (1): 185-206.
47. Serra L., Cambra S., Roura E., Rodriguez F., Vallbona C., Salleras L. Consejo y prescripción de ejercicio físico. *Med Clin Barc.* 1994; Vol. 102 (suplemento 1): 100-108.
48. OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
49. Moreno M., Ortiz G. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol.* 2009; Vol. 27 (2): 181-190.
50. Massó F. *Ponte a vivir. Valores y autoestima.* Madrid, España: Editorial Eneida S.L; 2001.
51. Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr.* 2002; Vol. 29 (2): sin pág.
52. Sepúlveda A., Botella J., León J. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema.* 2001; Vol. 13(1): 7-16.
53. Silva-Filho L., Rabelo A., Menezes R., Knackfuss M. Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Rev salud pública.* 2008; Vol. 10 (4): 550-560.

54. Ministerio de Sanidad de Catalunya. Guía de práctica clínica sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Catalunya, España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
55. Unikel C., Bojórquez I., Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex.* 2004; Vol. 46 (6): sin pág.
56. Moral J. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Medigraphic.* 2002; Vol. 3 (3): sin pág.
57. Marino R., Lianes P., Uriarte X., Bizkarra K., Hodei R. Ayuno y Cáncer. *Revista Médica de Homeopatía.* 2014; Vol. 7 (1): 3-7.
58. Ceja-Ramirez L., Rivadeneyra L., Soto E. relación del consumo de productos para bajar de peso con el sobrepeso y la obesidad en profesores universitarios de Puebla, Mexico. *Rev. Fac. Med.* 2015; Vol. 63 (1): 87-92.
59. Manrique M. Clasificación y diagnóstico de la amenorrea. De la OMS (1970) a Granada (2010). 2010; Servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. pp. 1-22.
60. Garcia P., Martinez F., Pintor A., Caelles N., Ibañez J. Anticonceptivos hormonales. Grupo de investigación en formación farmacéutica. Universidad de Granada; 2007.
61. Tejeda F, Iglesias E. Actualización en anticoncepción hormonal. *It del Sistema Nacional de salud.* 2011; Vol. 35 (3): 75-87.
62. Mtawali G., Pina M., Angle M., Murphy C. El ciclo menstrual y su relación con los métodos anticonceptivos. Carolina del Norte, Estados Unidos: INTRAH; 1998.
63. Rodriguez M. Síndrome de ovario poliquístico. *Med. Int. Mex.* 2012; Vol. 28 (1): 47-56

ANEXOS

Anexo 1

Resultados del plan piloto.

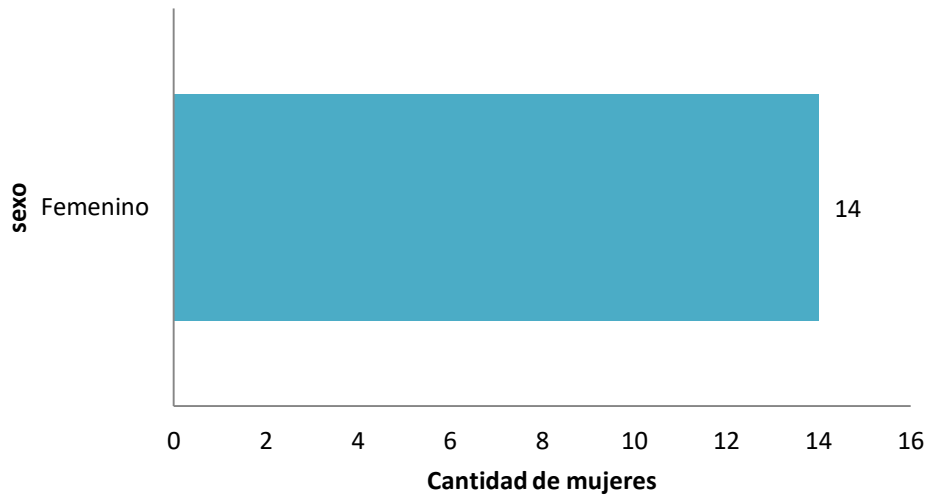


Figura N° 1. Distribución de la población según sexo, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 100% de la muestra es de sexo femenino.

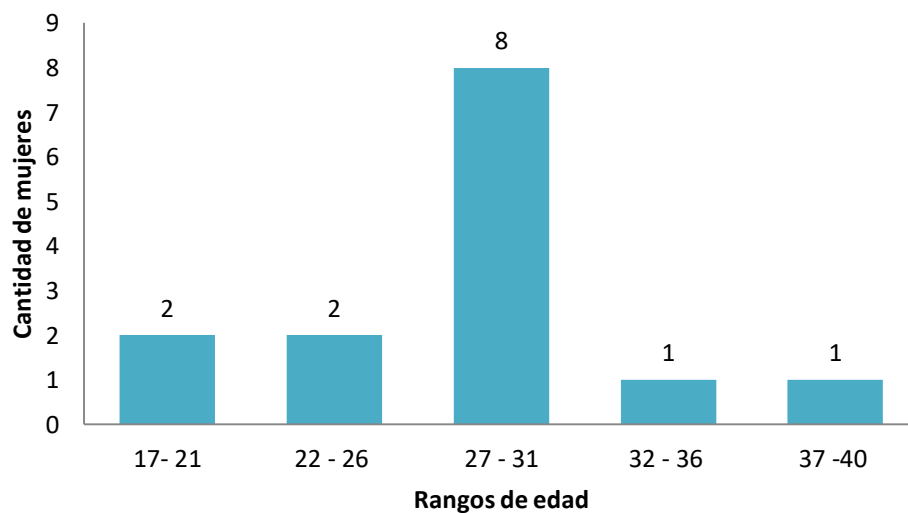


Figura N°2. Distribución de la población según rangos de edad, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados muestran que el 57,1 % de la población se encuentra entre los 27 y 31 años de edad, las edades entre 17-21 y 22-26 años representan el 14,2 % cada una e igualmente edades entre 32-36 y 37-40 años equivalen al 7,1 % de la población total.

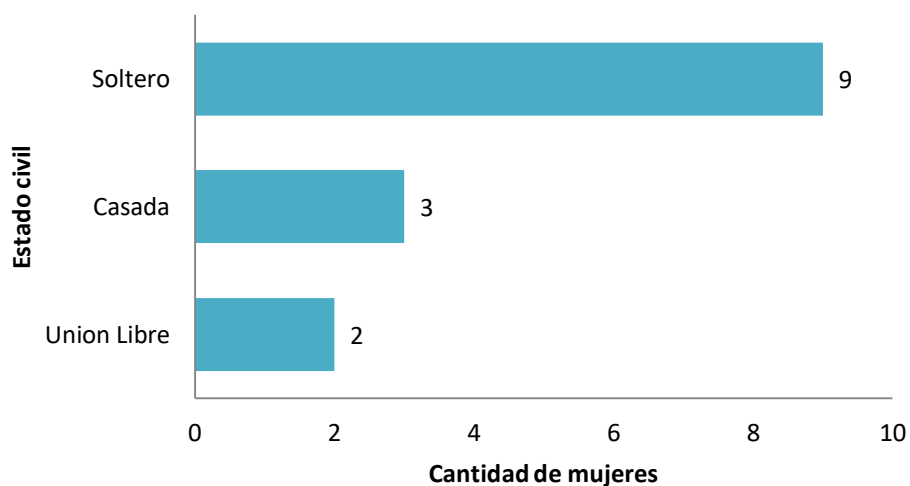


Figura N° 3. Distribución de la población según estado civil, Gimnasio Curves, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados obtenidos indican que nueve participantes son solteras, tres de ellas son casadas y dos se encuentran actualmente viviendo en unión libre.

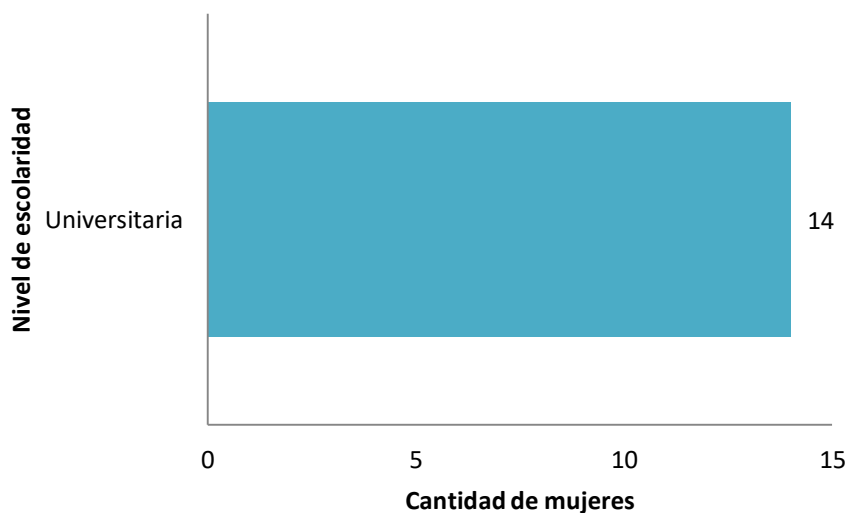


Figura N° 4. Distribución de la población según nivel de escolaridad, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 100% de las mujeres que formaron parte de esta muestra indican que cuentan con un nivel de escolaridad universitario.

Tabla N° 1

Profesión u oficio de las mujeres del gimnasio Curves, 2017.

Profesión u oficio	Cantidad de mujeres
Educadora	1
Administradora	3
Cajera	1
Trabajadora social	1
Contadora	2
Ingeniera	2
Ejecutiva de viajes	1
Gestora ambiental	1
Estudiante	2
TOTAL	14

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 1, se muestran las profesiones de las participantes donde las comunes son administradora, contadora, ingeniera y dos de ellas son estudiantes.

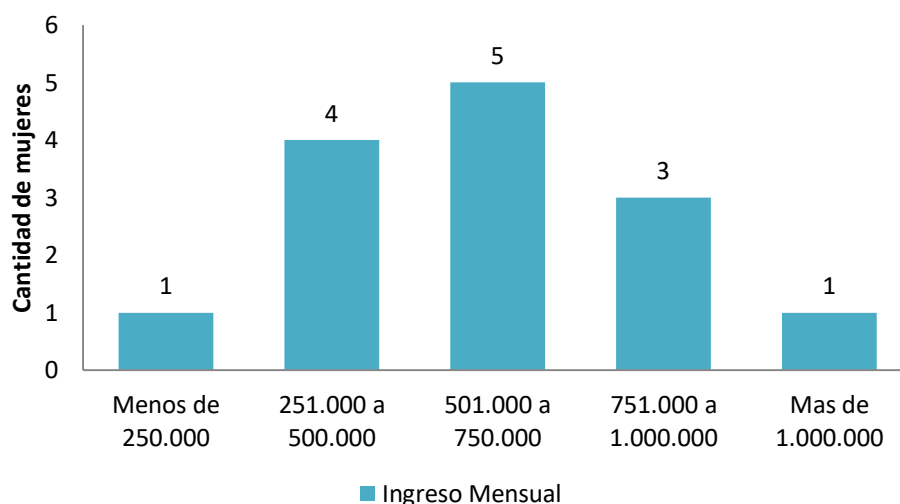


Figura N° 28. Distribución de la población según ingreso económico mensual, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados arrojados en cuanto a la interrogante sobre el ingreso mensual indican que nueve de estas mujeres ganan entre 501 000 colones a 1 000 000 o más y cinco de ellas tiene un ingreso igual o menor a 500 000 colones. El ingreso mensual de las mujeres es importante, ya que diversos estudios indican que las personas con mayores ingresos económicos viven más tiempo y gozan de mejor estado de salud que las personas con ingresos más bajos, además es necesario mantener una dieta balanceada y tratar de incorporar alimentos de todos los grupos lo que representa un gasto económico al que no todas las personas pueden tener accesibilidad.

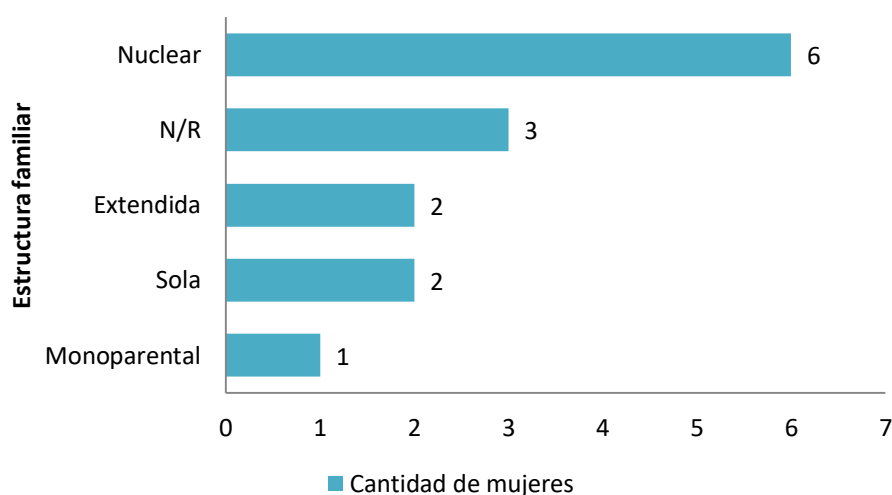


Figura N° 6. Estructura familiar de la población según personas con las que habitan actualmente, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la figura N°6, se puede observar que seis de las mujeres entrevistadas mantiene una estructura familiar nuclear, una mujer mantiene una estructura monoparental, dos personas poseen una estructura familiar extendida; por otra parte, dos mujeres viven solas y tres mujeres con contestaron.

Tabla N°2

Antecedentes patológicos familiares de las participantes en la investigación, Gimnasio Curves, 2017.

Patología	Madre	Abuela	Hermanos	Prima	Cantidad de Mujeres
Osteoporosis	1	1			2
Trastornos de la conducta alimentaria				1	1
Trastornos hormonales	1		2		3
Ninguno					9

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados aplicados en esta muestra indican que nueve de las catorce mujeres no poseen antecedentes familiares de osteoporosis, trastornos de conducta alimentaria o trastornos hormonales; seguidamente, cinco indican tener antecedentes familiares, de las cuales dos refieren tener antecedentes de osteoporosis por parte de la madre y abuela; una de ellas refieren poseer antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos hormonales en una prima y hermana respectivamente; por último, una de ellas indica poseer, únicamente, como antecedente, trastornos hormonales.

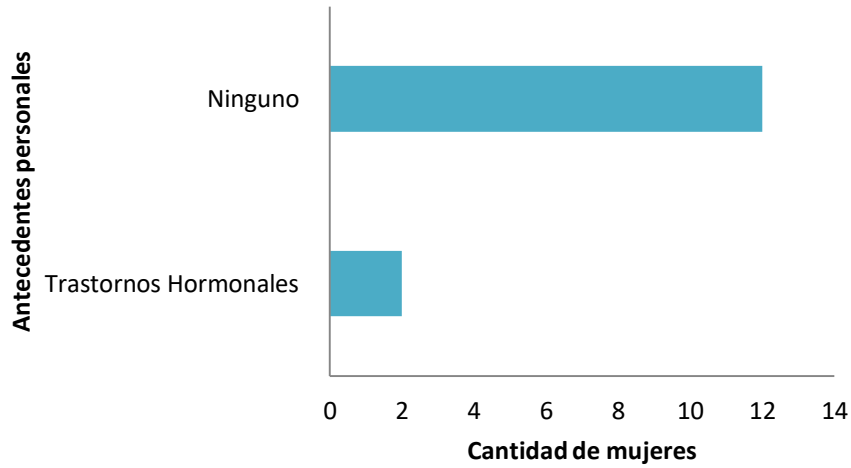


Figura N° 7. Distribución de la población según antecedentes patológicos personales, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Doce de las participantes indicaron no poseer ninguna de las patologías consultadas; sin embargo, las dos restantes indican padecer de trastornos hormonales.

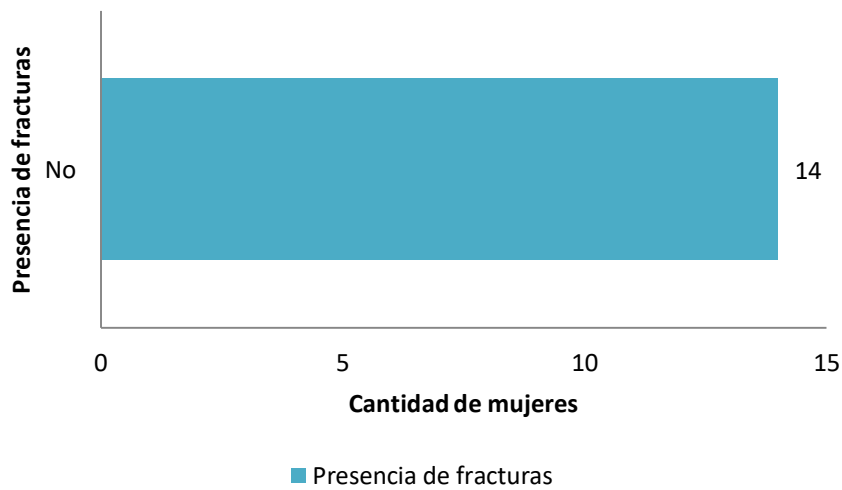


Figura N° 8. Distribución de la población según presencia de fracturas en el último año, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La totalidad de las mujeres refieren no haber presentado fracturas en el último año. Esta pregunta se les realizó con el fin de obtener información sobre la presencia de algunos indicios de osteoporosis en ellas.

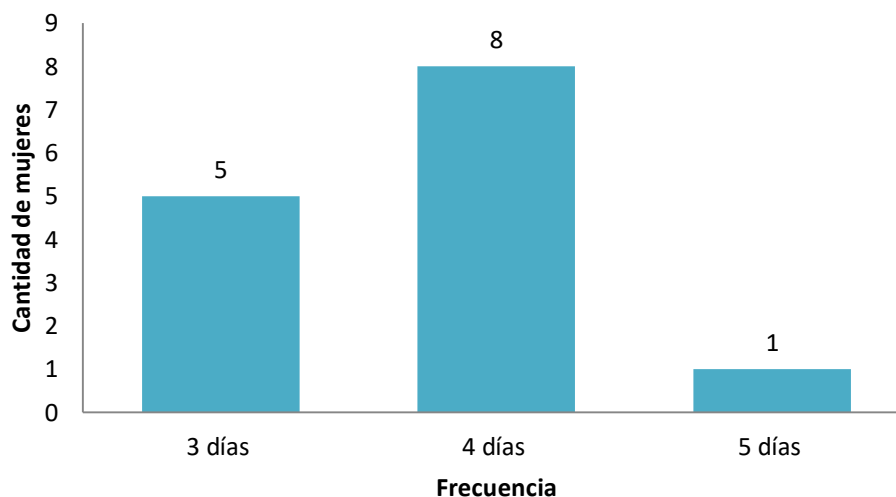


Figura N° 9. Frecuencia con la que realizan ejercicio la población, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados arrojados indican, en cuanto a la cantidad de días que realizan ejercicio semanalmente, que ocho de las catorce entrevistadas refieren realizar ejercicio cuatro días a la semana, cinco de ellas realizan ejercicio tres días a la semana y una menciona que practica ejercicio físico cinco días por semana.

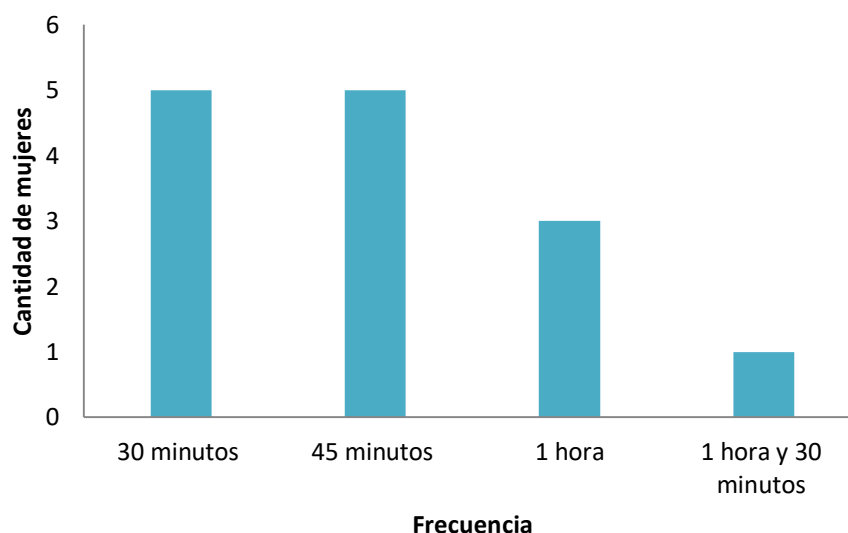


Figura N° 10. Frecuencia con la que realizan ejercicio la población, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las mujeres refieren que cinco de ellas realizan ejercicio físico durante 30 minutos por día, cinco de ellas realizan 45 minutos por día, tres de las catorce mujeres manifiestan que practican ejercicio una hora diaria y una mujer indica que realiza una hora y 30 minutos por día.

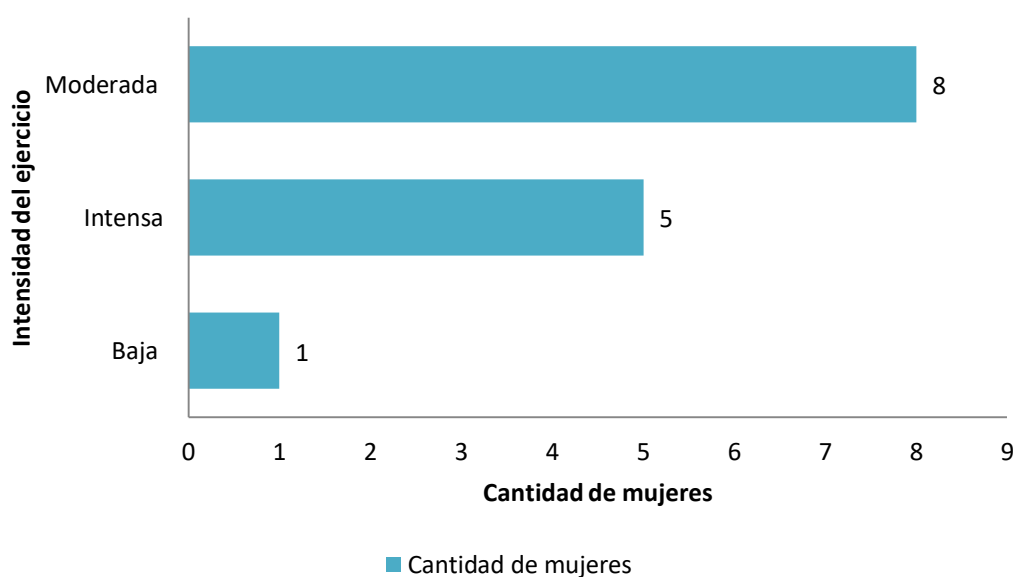


Figura N° 11 Distribución de la población según intensidad del ejercicio que realizan por día, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de las mujeres indica efectuar habitualmente actividad física moderada (ocho mujeres), por su parte, cinco entrevistadas más ejecutan actividad moderada y una de ellas dice que efectúa actividad física de baja intensidad.

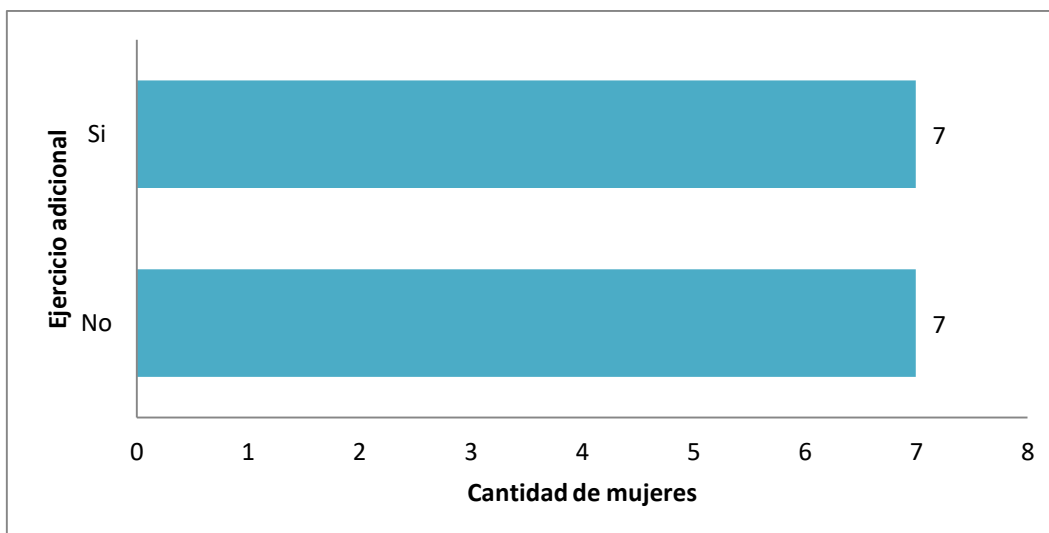


Figura N° 12. Distribución de la población de acuerdo a la realización de actividad física adicional al ejercicio que realiza en el Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Siete de las mujeres entrevistadas indican que no realizan ningún otro ejercicio o actividad física además del que practican en el gimnasio, las siete restantes mencionan que sí lo hacen. Dentro de las actividades extra que efectúan, se destacan: correr, caminar, baile/zumba, yoga.

*Tabla N° 3
Diferencia deseada entre peso ideal y peso deseado de la población disconforme, 2017.*

Cantidad de mujeres	Diferencia en kilogramos
3	- 2
2	0
3	+2
1	+3
1	+5
4	N/R

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla N° 3 muestra que tres mujeres indicaron que desean tener tres kilogramos menos de su peso ideal, dos mujeres mencionan estar conformes con su peso ideal, cinco mujeres indican que desean tener un peso mayor a su peso ideal y cuatro no contestaron.

Motivación por la que realiza ejercicio.

La pregunta no especificaba que debían seleccionar solo una opción como motivo principal por el que realizan ejercicio, por lo que la respuesta no fue satisfactoria.

Tabla N° 11

*Distribución de la población según tiempos de comida que realizan diariamente,
2017.*

Tiempos de comida	Cantidad de mujeres
Desayuno	14
Merienda (mañana)	13
Almuerzo	14
Merienda (tarde)	13
Cena	14
Colación nocturna	2

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayoría de las mujeres realizan de cuatro a cinco tiempos de comida, la colación nocturna es el tiempo de comida que mas excluye la población.

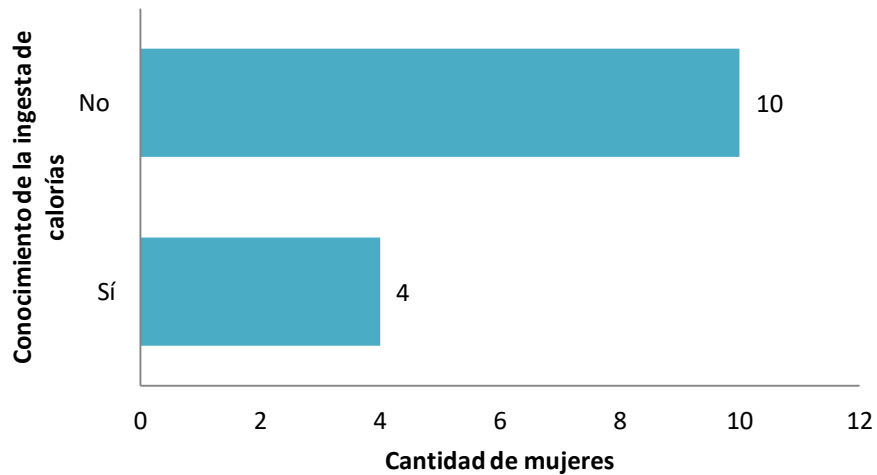


Figura N°13. Distribución de la población según el conocimiento de la ingesta calórica diaria, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Diez de las catorce mujeres entrevistadas refieren que no tienen conocimiento sobre la cantidad de calorías que ingieren diariamente; sin embargo, cuatro de ellas indican, por el contrario, que sí lo conocen y mencionan que consumen entre 1500-1800 kcal.

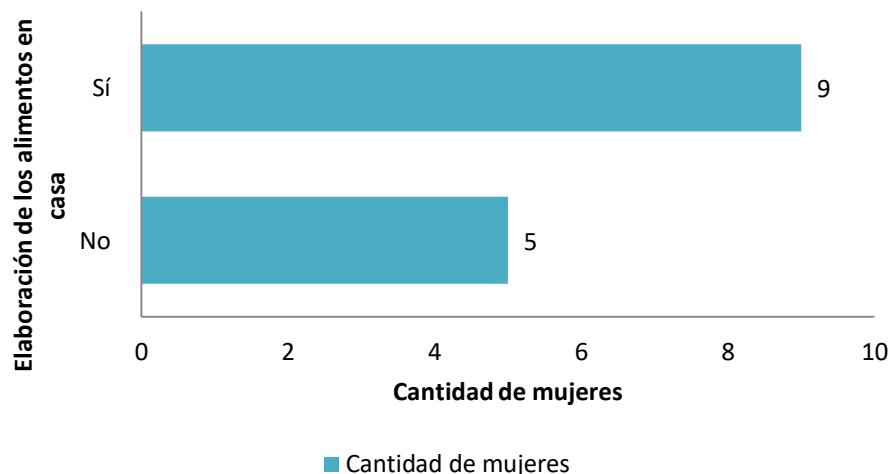


Figura N°14. Distribución de la población según elaboración de los alimentos en casa, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los datos proporcionados en esta muestra revelan que nueve de las catorce mujeres preparan sus alimentos en casa, las cinco mujeres restantes indican, por el contrario, que no lo hacen.

Tabla N° 2

Alimentos que incluyen diariamente en su dieta las participantes de la investigación, 2017.

Tipo de alimento	Cantidad de mujeres
Proteína	14
Carbohidratos	12
Lácteos	12
Frutas	14
Verduras y vegetales	13
Grasas	12
Semillas	13

Fuente: Elaboración propia, 2017.

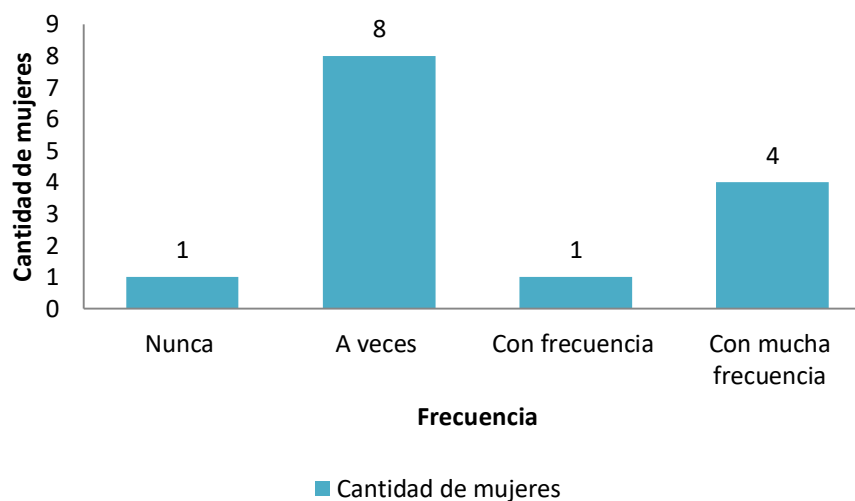


Figura N°15. Distribución de la población según preocupación por engordar, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Ocho de las participantes refieren sentirse “a veces” preocupadas por engordar, además cinco de ellas indican que se sienten preocupadas “con frecuencia” o “con mucha frecuencia”.

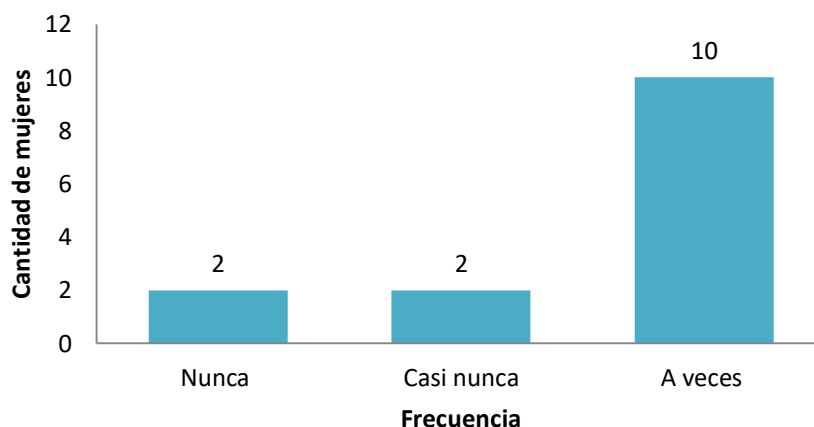


Figura N°16. Distribución de la población según ejecución de atracones de comida, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La opción “a veces” fue la que más seleccionaron las mujeres, diez de ellas. Las opciones “con frecuencia” y “con mucha frecuencia” no fueron mencionadas.

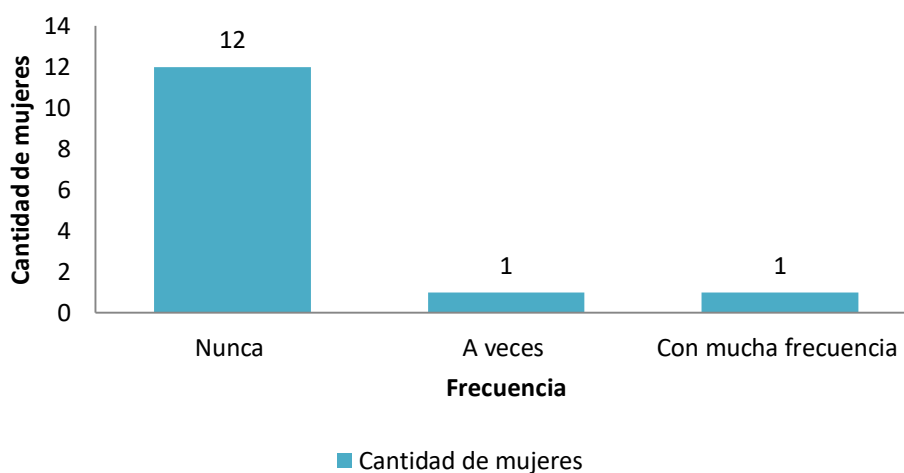


Figura N°17. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes se han producido el vómito para bajar de peso, Gimnasio Curves 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Doce de las mujeres refieren que nunca han vomitado para bajar de peso, por su parte, una mujer refiere que realiza esta acción “a veces” y otra, más de dos veces por semana.

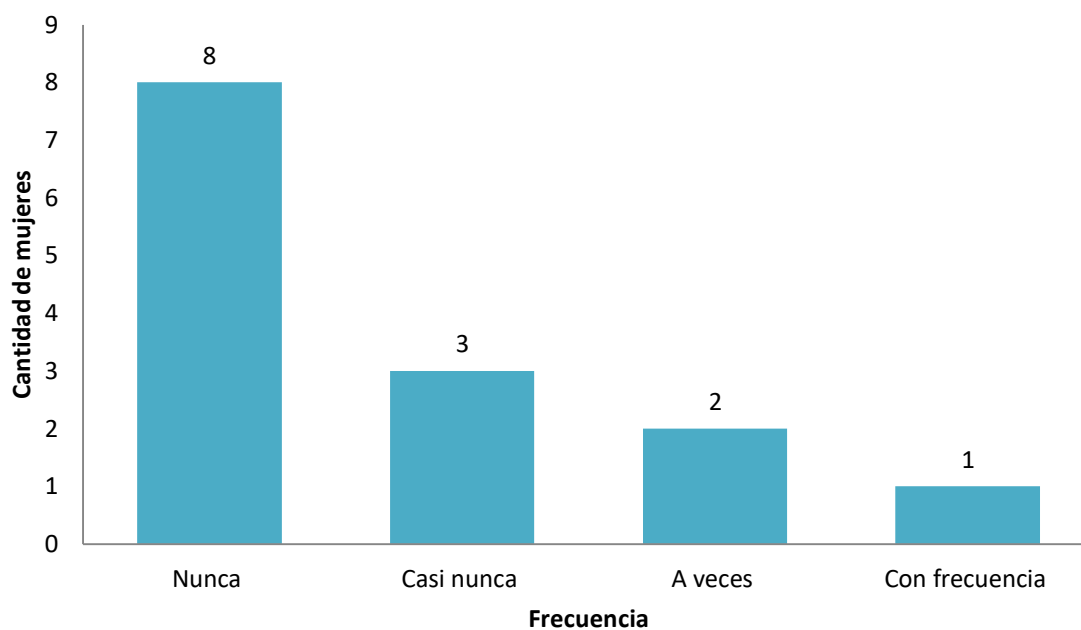


Figura N°18. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado ayunos (dejar de comer por más de 12 horas), Gimnasio Curves 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados anteriores muestran que tres participantes realizan ayunos “a veces” o “con frecuencia”, tres mujeres más refieren que “casi nunca” tienen este comportamiento y ocho indican “nunca” haber realizado ayunos.

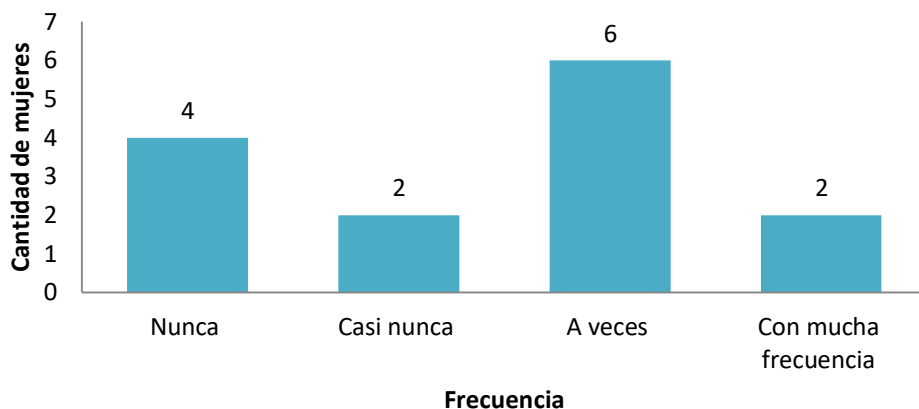


Figura N°19. Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han realizado dietas para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las entrevistadas refieren que realizan “a veces” o “con mucha frecuencia” dietas para bajar de peso, solo cuatro de las catorce participantes indicaron nunca haber realizado dietas.

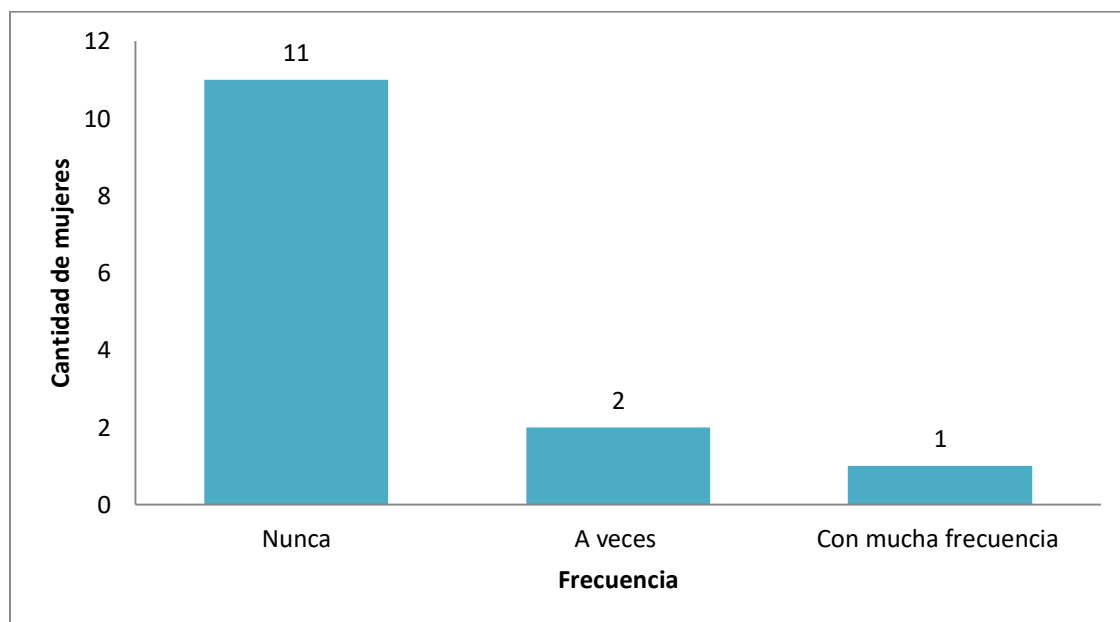


Figura N°20 Distribución de la población según frecuencia con la que las participantes han utilizado medicamentos para bajar de peso, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados muestran que únicamente tres de ellas han consumido medicamentos para bajar de peso, las once restantes indican nunca haber consumidos medicamentos con el objetivo de perder peso.

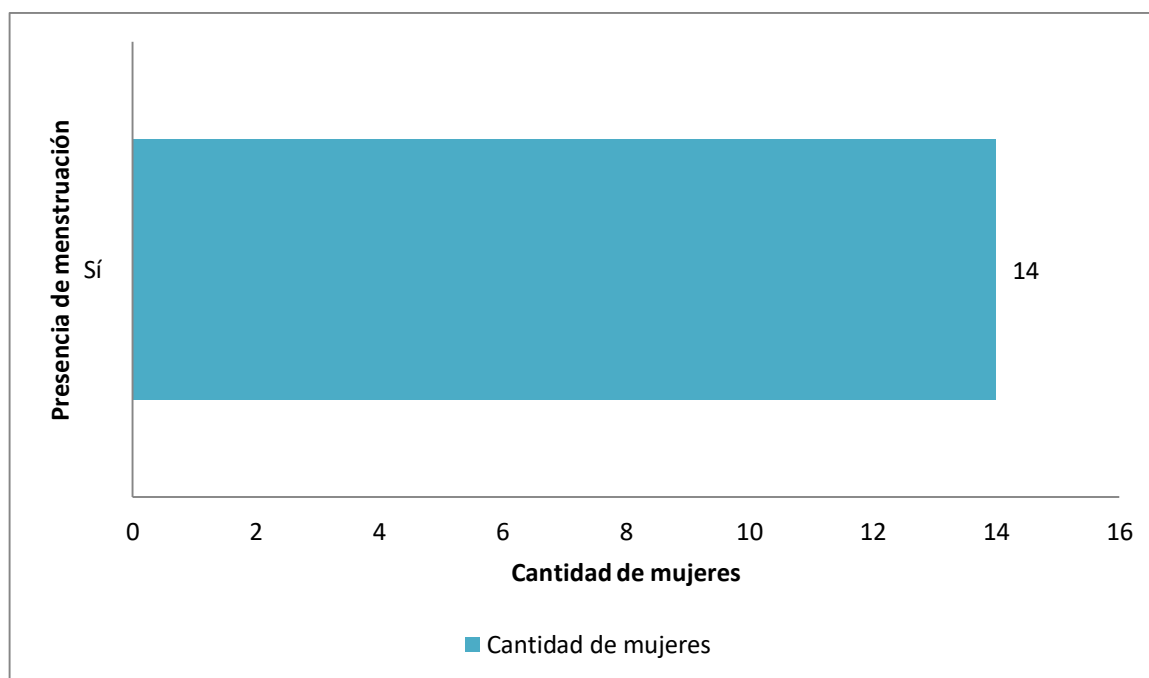


Figura N°21. Distribución de la población según presencia de menstruación, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Todas las mujeres refieren menstruar, actualmente; esta pregunta se realiza con el fin de conocer si alguna de ellas, por motivos menopausia temprana, cirugía o alguna razón en específico, ya no presenta los ciclos menstruales de manera permanente.

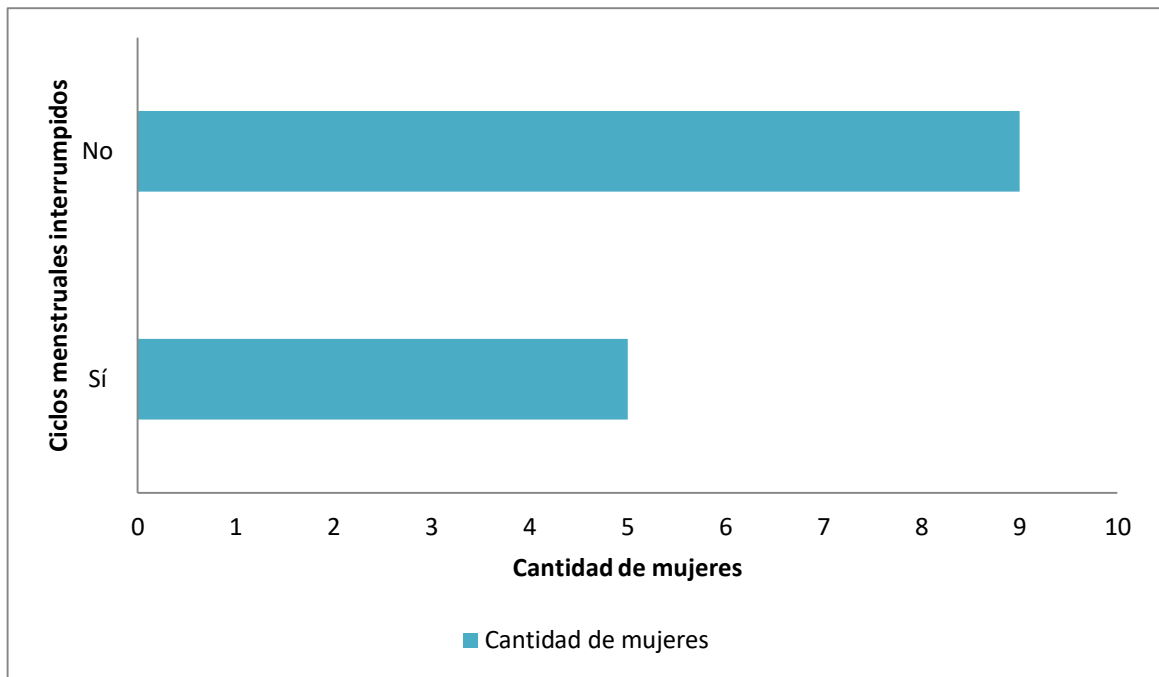


Figura N°22. Distribución de la población según presencia de ciclos menstruales interrumpidos, Gimnasio Curves 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las mujeres entrevistadas refieren que nueve de ellas no han presentado ciclos menstruales irregulares; sin embargo, cinco de las catorce indican que sí han tenido ciclos irregulares, mencionan además que han dejado de menstruar por periodos de un año, seis meses, tres meses, dos meses y, una de ellas, durante 1 mes.

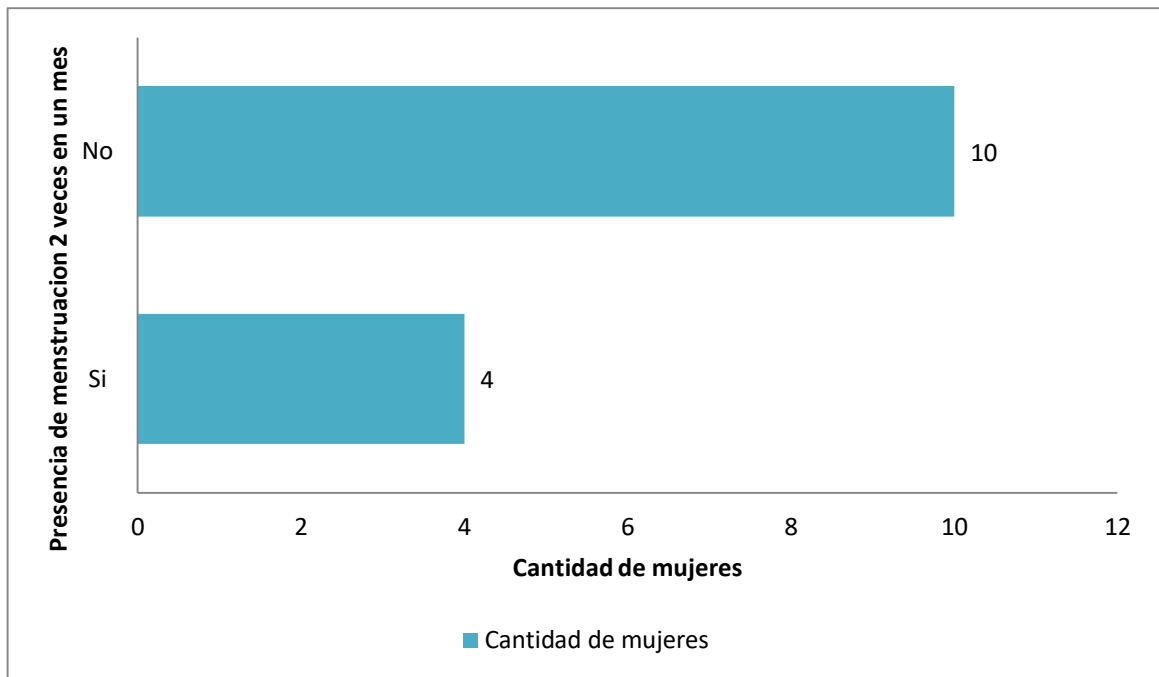


Figura N°23. Distribución de la población según presencia de menstruación dos veces en un mes, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Cuatro de las mujeres entrevistadas refieren haber menstruado dos veces en un mismo mes, las diez restantes mencionan no haber menstruado dos veces en un mes.

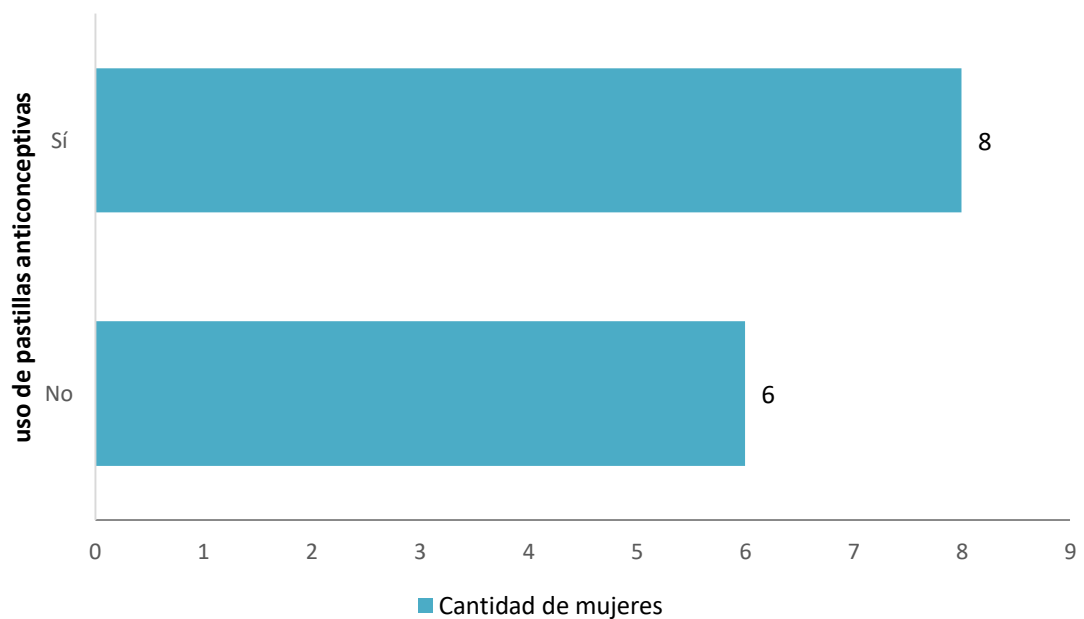


Figura N°24. Distribución de la población según consumo de pastillas anticonceptivas, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura anterior muestra que 8 de las mujeres consumen pastillas anticonceptivas, mientras seis refieren no consumir este tipo de medicamento.

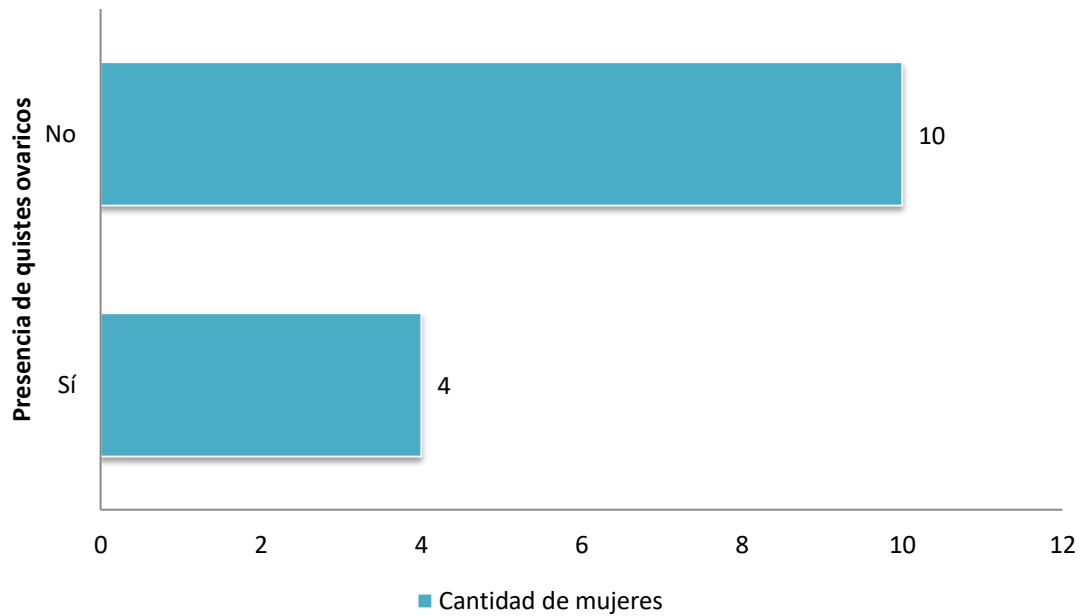


Figura N° 29. Distribución de la población según presencia de quistes ováricos, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Del total de las mujeres entrevistadas diez refieren no tener quistes ováricos, por el contrario, cuatro indican que sí los tienen.

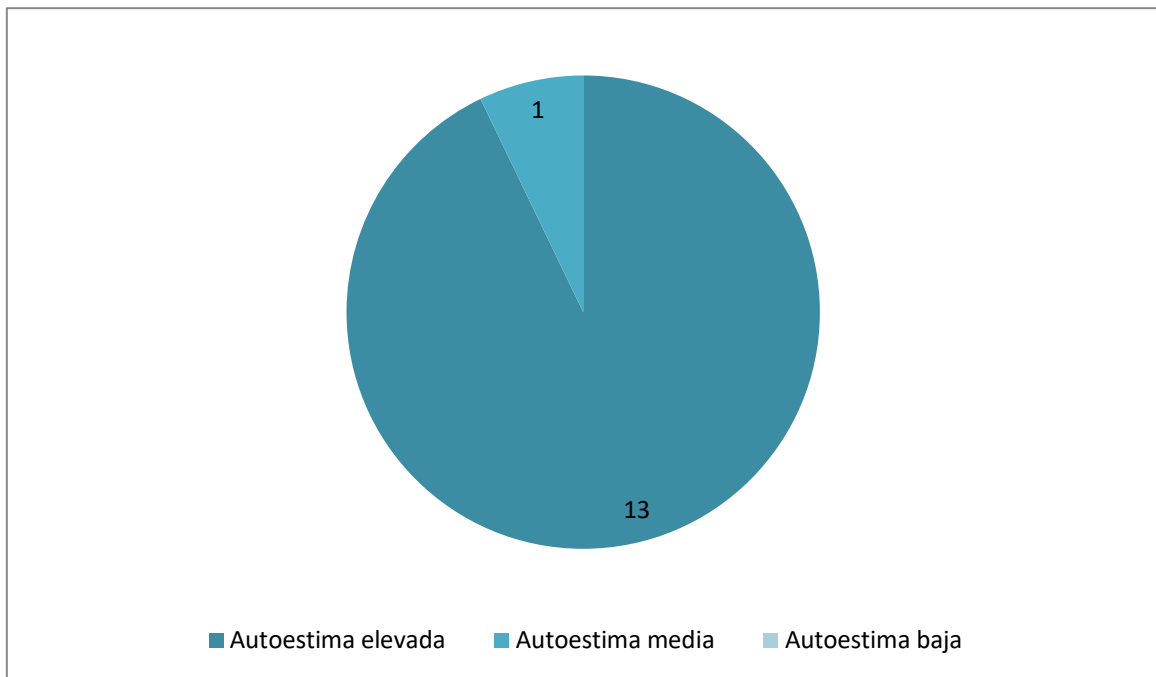


Figura N°25. Autoestima de las participantes según la escala de Rosemberg, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados arrojados indican que, según la escala de autoestima de *Rosemberg*, trece de las mujeres entrevistadas poseen autoestima alta, una de ellas tiene autoestima media y ninguna de ellas autoestima baja.

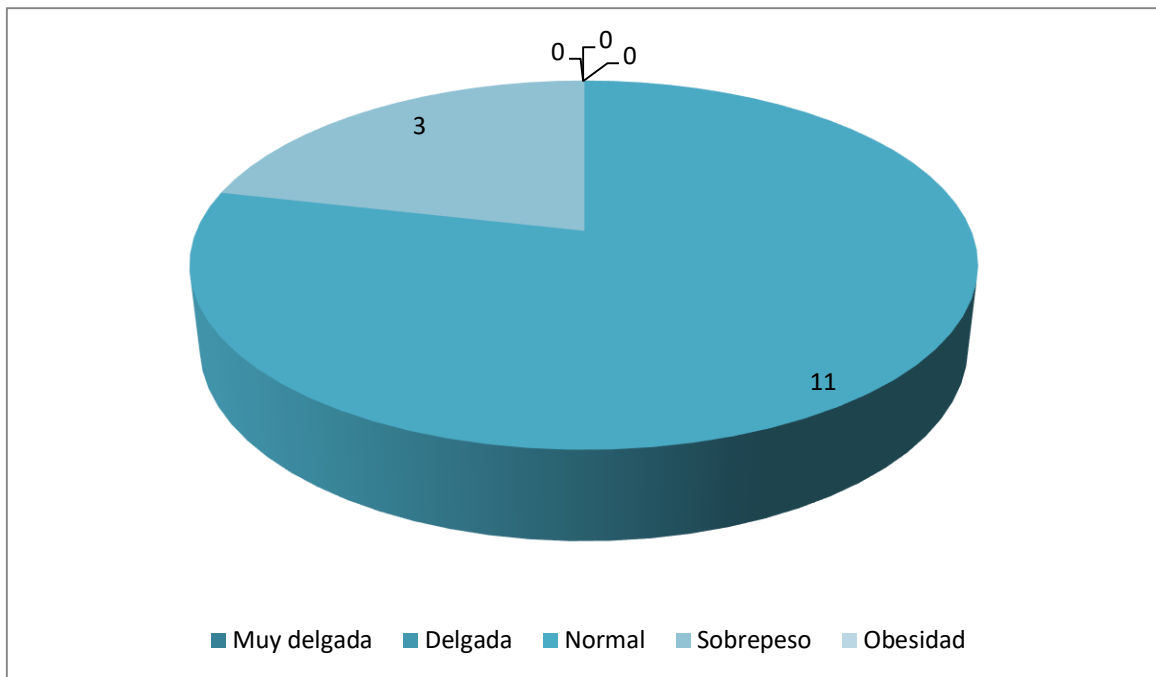


Figura N°26. Distribución de la población según percepción de la imagen corporal, Gimnasio Curves, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Once de las catorce mujeres entrevistadas se identifican, según la escala *Standard Figural Stimuli* con una imagen corporal normal, tres de ellas se identifican con la imagen corporal con sobrepeso.

Distorsión de la imagen corporal.

No se puede realizar comparación, porque muchas no contestaron “talla”.

DECLARACIÓN JURADA

Yo Johanna Marcela Mora Rojas, cédula de identidad número 1-1566-0506, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado "Factores de riesgo de las mujeres entre 17 y 30 años asociado al desarrollo del Síndrome de Atletas Femenina, según signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, Marzo-Abril 2017." Es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 04 de Mayo 2017.



1-1566-0506

Johanna Marcela Mora Rojas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES ENTRE 17 Y 40 AÑOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE ATLETA FEMENINA, SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS, GIMNASIO CURVES, DESAMPARADOS MARZO-ABRIL

Nombre del Investigador (a) Principal: JOHANNA MORA ROJAS

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación será realizada por la estudiante Johanna Mora Rojas para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Hispanoamericana. Este formulario tiene como fin la recolección de datos para la realización de una investigación que pretende identificar factores de riesgo en las mujeres del Gimnasio Curves que se asocien al desarrollo del síndrome de atleta femenina, con el fin de promover la salud femenina. La investigación se llevará a cabo durante los meses de marzo- abril, en los cuales se solicitará a la población bajo estudio completar el presente formulario.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

1. Se le brindará un cuestionario para que usted complete con algunos datos personales para elaborar la presente investigación, esto se realizará en el Gimnasio Curves, antes o después de su sesión de entrenamiento.
2. Para participar en la investigación usted debe tener entre 17 y 40 años de edad, asistir regularmente al gimnasio Curves y ser socia activa de este, además de aceptar participar de forma voluntaria en la investigación.
3. Si usted acepta participar en esta investigación, se compromete a decir la verdad a la hora de responder las preguntas que se le realizarán para no alterar los resultados de esta investigación.
4. La investigación se realizará durante los meses de marzo-abril, que serán los meses en los cuales usted tendrá participación en esta investigación.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted, por lo siguiente: en el presente cuestionario usted deberá completar preguntas personales, esto puede generar molestia e incomodidad a algunas personas y sentimiento de pérdida de la privacidad.
Esta investigación no representa ningún riesgo físico para la población bajo estudio.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca sobre los factores de riesgo de las mujeres de edades entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora **Johanna Mora Rojas**, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono **85955379** de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes, en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que, en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)
fecha

Nombre, cédula y firma del testigo
fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento
fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA: Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

Anexo 4

Instrumento para la recolección de datos

FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES ENTRE 17 Y 40 AÑOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE ATLETA FEMENINA, SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS, GIMNASIO CURVES, DESAMPARADOS, MARZO-ABRIL 2017.

A continuación se presentan algunas preguntas personales que usted deberá completar para efectos de la investigación. Marque con una X al lado de la opción que considere correcta o responda los datos requeridos según se le solicita.

1. Indique el número de años cumplidos: _____años

2. Estado civil:

Casada Viuda

Soltera Divorciada

Unión libre

3. Nivel de escolaridad de las participantes

Primaria Secundaria

Técnico Universitaria

Otro. Explique _____

4. Profesión u oficio

5. Ingresos económicos mensuales de las participantes en la investigación

- Dependiente de otra persona o ningún ingreso
- Menos de 250.000 colones
- 251.000-500.000 colones
- 501.000-750.000 colones
- 751.000- 1.000.000 colones
- Más de 1.000.000 colones

6. Marque con una equis (X) los miembros de la familia con los que vive actualmente.

- Papá Papá, mamá, hermanos Esposo/a
- Mamá Abuela Hijos
- Mamá y Papá Abuelo Esposo/a e hijos
- Hermanos Abuelos
- Otros. Especifique _____

7. ¿En su familia existen antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades? (Si marca alguna **especifique el parentesco con la persona** en la línea respectiva)

- Osteoporosis _____
- Trastornos de la conducta alimentaria _____
- Trastornos hormonales _____

Ninguno.

8. Ha padecido o padece usted de alguna de las siguientes enfermedades

Osteoporosis

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos hormonales

Ninguno.

9. ¿Ha presentado usted fracturas en el último año?

No

Si. ¿Cuántas? _____

10. ¿Cuántos días por semana realiza actividad física?

Menos de 3 días a la semana

3 días a la semana

4 días a la semana

5 días a la semana

6 días a la semana

7 días a la semana

11. Aproximadamente ¿cuánto tiempo dedica a realizar ejercicio o actividad física al día?

30 minutos al día

- 45 minutos al día
- 1 hora al día
- 1 hora y 30 minutos al día
- 2 horas al día
- Otro. Especifique: _____

12. Nivel de la actividad física que realiza habitualmente

- Baja
- Moderada
- Intensa

13. Además del ejercicio que realiza en el gimnasio, ¿realiza algún otro ejercicio?

- No
- Si. Explique qué ejercicio realiza _____

14. Peso en kilogramos de las participantes

Peso actual _____ kg

Mencione su peso ideal _____ kg

15. ¿Su peso ideal corresponde a su peso deseado?

- No
- Si. (Si su respuesta es **SI**, pase a la pregunta 17)

16. ¿Cuál sería su peso deseado?

Peso deseado _____ kg

17. Usted mide _____ cm.

18. Marque con una equis (X) la razón **principal** por la que usted realiza ejercicio.

(Analice su respuesta y seleccione **UNA** sola opción.)

Mejorar la condición física

Salud

Pérdida de peso

Estética

Otra. Especifique _____

19. Marque con una X los tiempos de comida que realiza diariamente.

Desayuno

Merienda (tarde)

Merienda (mañana)

Cena

Almuerzo

Colación Nocturna

20. ¿Sabe usted la cantidad de calorías que ingiere al día aproximadamente?

No

Si. ¿Cuántas? _____ kcal.

21. ¿Elabora en su casa los alimentos que consume habitualmente?

- Si
- No

22. ¿Cuáles de los siguientes alimentos incluye en su alimentación habitual?

- Proteína Frutas Semillas
- Carbohidratos Verduras y vegetales
- Lácteos Grasas

23. ¿Se siente usted preocupada por engordar?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Con frecuencia (2 veces en una semana)
- Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

24. ¿En ocasiones ha comido demasiado y ha realizado atracones de comida?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Con frecuencia (2 veces en una semana)
- Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

25. ¿Ha vomitado en ocasiones para intentar bajar de peso?

- Nunca

- () Casi nunca
- () A veces
- () Con frecuencia (2 veces en una semana)
- () Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

26. ¿Ha hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)

- () Nunca
- () Casi nunca
- () A veces
- () Con frecuencia (2 veces en una semana)
- () Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

27. ¿Ha hecho dietas para tratar de bajar de peso?

- () Nunca
- () Casi nunca
- () A veces
- () Con frecuencia (2 veces en una semana)
- () Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

28. ¿Ha usado medicamentos para tratar de bajar de peso (por ejemplo pastillas, diuréticos o laxantes)?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Con frecuencia (2 veces en una semana)
- Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)

29. ¿Usted menstrua?

- Si
- No

30. ¿Ha tenido ciclos menstruales interrumpidos?

- Si. ¿Durante cuánto tiempo ha dejado de menstruar? _____
- No
- N/A o N/R

31. ¿Ha menstruado 2 veces en un mes?

- Si
- No
- N/A o N/R

32. ¿Consumo pastillas anticonceptivas?

- Si
- No
- N/A o N/R

33. ¿Tiene usted quistes ováricos?

() Si

() No

() N/A o N/R

34. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada,

teniendo en cuenta que:

A: Muy de acuerdo

B: De acuerdo

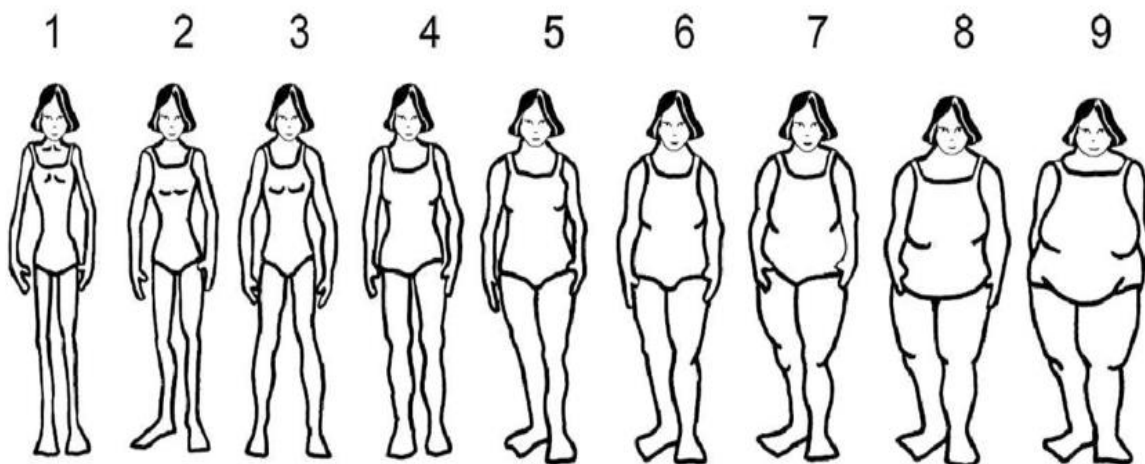
C: En desacuerdo

D: Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				

10. A veces creo que no soy buena persona.				
--	--	--	--	--

35. A continuación se le presenta un cuadro con 9 siluetas. Por favor, obsérvelas con atención y encierre en un círculo el número correspondiente a la imagen que usted considere que representa mejor su imagen corporal.



Anexo 5

Curves

Corporación de Gimnasios Unidos CGU S.A

Cédula Jurídica: 3-101-432035
Tel: 400 14602

Escazú, San José Costa Rica

2017
San José, Costa Rica

Señora
MSc. Zaida Rodríguez Cordero
Directora Escuela de Enfermería.

Se extiende la presente nota a solicitud de la señorita Johanna Mora Rojas, la Srta. Mora ha tenido la autorización de nuestra empresa para realizar el trabajo de campo requerido para su graduación.

Tema: Factores de riesgo en las mujeres entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, en nuestra sede gimnasio Curves Desamparados, Marzo-Abril 2017.

Para consultas quedo a su disposición

Email: marian@curves.co.cr

Cordialmente,



Lic, Marianne Soto M.
GERENTE ADMINISTRATIVA
Corporación de Gimnasios Unidos CGU S.A



Anexo 6

CARTA DE LA TUTORA

San José, 17 de abril del 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **Johanna Marcela Mora Rojas, cédula 1-1566-0506**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES ENTRE 17 Y 40 AÑOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE ATLETA FEMENINA, SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS, GIMNASIO CURVES, DESAMPARADOS, MARZO-ABRIL 2017”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	19
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula Identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Anexo 7

CARTA DEL LECTOR

San José, 10 abril de 2017

*Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana*

Estimada señora:

La estudiante Johanna Mora Rojas, cédula 1-1586-0506 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES ENTRE 17 Y 40 AÑOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE ATLETA FEMENINA, SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS, GIMNASIO CURVES, DESAMPARADOS, MARZO-ABRIL 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

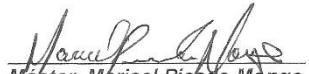
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		94

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de defensa.

Atentamente,



*Máster. Marisel Picado Monge
Cédula identidad 3-0408-0459
Carné Colegio Profesional E-12171*

Anexo 8

San José, 13 de mayo, 2017.

A quien le interese:

Yo, Mariela María Solís González, cédula de identidad 2-666-796, licenciada en Filología Española y perteneciente al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes, leí y corregí la tesis denominada:

Factores de riesgo de las mujeres entre 17 y 40 años asociados al desarrollo del síndrome de atleta femenina, según signos y síntomas, Gimnasio Curves, Desamparados, marzo-abril, 2017

Dicho documento fue realizado por la estudiante Johanna Marcela Mora Rojas, cédula de identidad 1-1566-0506, con el fin para optar por el título de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana. Por este motivo, se revisó y corrigió la construcción de párrafos, los vicios del lenguaje, la ortotipografía, la sintaxis y otros aspectos relacionados con el campo filológico. Por lo tanto, considero que está listo para ser presentado.

Se suscribe de ustedes, cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariela Solís', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Mariela María Solís González
Cédula de identidad: 2-666-796
Carné: 56521

Anexo 8

Agradecimientos

A Dios por regalarme la fuerza y la sabiduría para concluir este proceso.

A mi hermosa familia que ha estado a mi lado apoyándome en todo momento, gracias a todo su esfuerzo es que hoy estoy acá.

A mis profesores Erick Benavides Borbón, Maricruz Pérez Retana y Stephanie Camacho Solís por dejar huella en mi vida durante mi estudio. Por enseñarme a esforzarme al máximo, de ustedes aprendí que siempre debo buscar la excelencia. ¡Gracias!

A mis instructores de práctica Marvin Williams, Adriana Morales Sánchez y Helkin Gutiérrez Méndez, por dejar en mí el legado de ser una apasionada por lo que hace enfermería, por demostrarme con sus acciones que las cosas se hacen con amor y siempre de la mejor forma.

Al Dr. Alfredo Monge Fallas por guiarme y aconsejarme a lo largo de este proceso y más allá de ser un guía, ser un excelente amigo. Gracias por enseñarme sobre perseverancia y esfuerzo.