

## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPORTE**

**Javier Alonso Alfonseca**

Unidad de Nutrición y Cineantropometría.

Centro Andaluz de Medicina del Deporte.

Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.

Para correspondencia: [javier.alonso.ext@juntadeandalucia.es](mailto:javier.alonso.ext@juntadeandalucia.es)

**Resumen:**

La práctica de deportes es considerada como una “*Profesión de Riesgo*” ya que exigen estar muy “Delgados”. La gran mayoría de los investigadores reconocen una mayor incidencia de los TCA en el mundo del deporte.

Más del 60% de las mujeres deportistas profesionales experimentan un Trastorno de la Conducta Alimentaria. En estos casos se vivencia el ejercicio y/o la alimentación como una obsesión que conduce a graves patologías.

**Palabras clave:**

trastornos de la conducta alimentaria, actividad de riesgo, deporte, alimentación.

**Summary:**

Sports practice is considered a "risk activity" because it demands to be very thin. The majority of the sciences recognizes a greater incidence of the eating disorders in the sports environment.

It has been found that more than 60% of the professional sport women exhibit disordered eating attitudes. In these cases exercise and/or feeding becomes an obsession that increase the risk of eating disorders.

**Key words:**

eating disorders, risk activity, sport, feeding.

## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPORTE**

*“Nunca te sientes si puedes estar de pie; nunca te quedes en pie si puedes caminar; nunca camines si puedes correr...”*

En estudios publicados por Rosen y cols. (1986, 1988) y Sundgot-Borgen (1994), se concluye que, frente al 1% de la población femenina general que sufre anorexia o bulimia, el 62% de las mujeres deportistas profesionales experimentan algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), ocupando el primer puesto en el ranking las esquiadoras con un porcentaje del 33%, seguidas de cerca por las corredoras de fondo con un 32% sobre el total.

Por lo que respecta a la prevalencia, se estima que un 1% de la población padece anorexia y 1-3% bulimia. La anorexia tiene una mayor expresión en el sexo femenino, hablándose de una proporción de 9 a 1 con respecto al hombre, y que el 93% de los pacientes están en las edades comprendidas entre los 14 y los 23 años. Sin embargo, en los últimos años estamos asistiendo a un notable incremento de estos porcentajes, ampliándose no solo la horquilla de edad, sino el porcentaje de varones que lo padecen. La mayoría de estudios establecen una duración media del problema nunca inferior a los dos años, existiendo un pronóstico de recuperación oscilante entre el 40-60%. Se estima que el 5% de los sujetos que la padecen pueden llegar a fallecer a causa de la enfermedad y el resto tiene una alta probabilidad de cronificación, tras un seguimiento de 4 a 8 años.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de nuestro país publicó, en 1999, unos datos de incidencia alarmantes, cifrando su incidencia en un 1,5% de los jóvenes entre 14-24 años (lo que representa unos 80.000 casos). Otras fuentes, como la Asociación para la Defensa de la Anorexia (ADANER) apunta una incidencia total en España en torno a las 500.000 personas, siendo el 90% de esos casos chicas jóvenes con edades comprendidas entre los 14-18 años. De los datos existentes parece desprenderse que la edad de los pacientes es cada vez más baja. Por otro lado parece observarse un aumento de incidencia en países industrializados (primer mundo) y, en teoría, no existen datos de su existencia en países como, por ejemplo, Sudán o Egipto. Esta diferencia geográfica hay que explicarla desde la perspectiva del aumento de la presión social por la delgadez impuesta en el mundo occidental.

Es indudable que el creciente interés que nuestra sociedad muestra por el culto al cuerpo, está en el origen de muchas de las demandas físicas y deportivas que la población realiza. El éxito de los gimnasios, centros de belleza, alimentos light, cirugía plástica... son una clara manifestación de esta tendencia. Este fenómeno tiene, sin duda, aspectos positivos (refleja una sociedad preocupada por la salud, lo que lleva a un aumento de la actividad física, a llevar una alimentación más correcta, a evitar el sobrepeso y la obesidad, etc.) pero también aspectos negativos como el excesivo culto al cuerpo que nos hace vivenciar el ejercicio y/o la alimentación, en vez de como una experiencia agradable y saludable, como una verdadera esclavitud y obsesión que no sólo nos conduce a una insatisfacción permanente, sino que se convierte en el origen de graves trastornos y patologías.

El mundo del deporte competitivo exige en la actualidad una serie de demandas que rozan el perfeccionismo. El antiguo binomio entrenador-deportista, en donde se

imponía la vieja creencia del entrenamiento cuantitativo o masivo (“machaque”) para así mejorar el rendimiento, ha dado paso al entrenamiento de calidad, auspiciado por el avance de las ciencias vinculadas a la actividad física y el deporte, como los conseguidos por los especialistas en medicina de la educación física y deporte, fisiólogos, fisioterapeutas, podólogos, psicólogos, cardiólogos, biomecánicos, antropometristas, farmacólogos, nutricionistas... Una preparación deportiva para optimizar el rendimiento exige una preparación física adecuada (entrenamiento), pero también otras medidas (el “entrenamiento invisible”) como una preparación psicológica adecuada, un descanso reparador, una alimentación equilibrada y ajustada, etc. Para muestra, un botón. En el Centro Andaluz de Medicina del Deporte, realizamos valoraciones médico-biológico-deportivas de los deportistas federados y tenemos estructurado el centro en diferentes unidades que abarcan todas las especialidades que tienen mucho que decir en el mundo del deporte:

- Medicina Interna y Cardiología.
- Fisiología del ejercicio y laboratorio muscular.
- Aparato locomotor.
- Composición corporal (Cineantropometría y Bioimpedancia).
- Biomecánica.
- Recuperación funcional e hidroterapia.
- Psicología del deporte.
- Nutrición deportiva.

No merece mucho la pena insistir en la importancia que tiene la alimentación en el mundo del deporte con el objeto no sólo de cubrir las necesidades energéticas y nutricionales de los mismos, sino para servir de herramienta eficaz en aras a un mejor rendimiento deportivo.

Sin embargo, la mayoría de los deportistas reciben una información nutricional de su entorno más cercano, habitualmente poco cualificado (entrenadores, familiares, medios de comunicación) y recibiendo, por consiguiente, mensajes no siempre adecuados. En este sentido, Dosil Díaz (2000) realizó una encuesta en nuestro país para evaluar el grado de información nutricional que habían recibido los deportistas a lo largo de su vida deportiva, obteniendo los siguientes resultados.

DEPORTE	No recibieron información	Recibieron información en algún momento
Fútbol	58,7%	41,3%
Natación	69,2%	30,8%
Judo/Lucha	62,7%	32,8%
Aeróbic	59,1%	40,9%
Atletismo	72,5%	27,5%
Baloncesto	72,1%	27,9%
Gimnasia Rítmica	79,2%	20,8%
Culturismo	77,8%	22,2%
Remo/Piragüismo	50,0%	50,0%
TOTAL	66,8%	33,2%

**Tabla-1**

Dosil, 2000.

Los especialistas en trastornos del comportamiento alimentario (TCA) hablan últimamente de un progresivo aumento del número de casos que incluso algunos

califican de “*epidemia silenciosa*”. Hay quien habla incluso de “*Niñas Portadoras*” (Morandé, 1995) para hacer referencia a muchachas que, sin enfermar, con su obsesión por la estética y la alimentación, pueden provocar que otras enfermen. Lo que sí está claro es su tendencia a la cronificación (Toro y Vilardeñell, 2000) y con una tasa de mortalidad nada desdeñable (7% para las anoréxicas y 2% para las bulímicas, según Crow et al. (1999).

Lo primero que cabría preguntarse es por qué abordar este problema desde el ámbito del deporte. La práctica de ciertos deportes y/o modalidades deportivas es considerada como una “*Profesión de Riesgo*” ya que los mismos suelen exigir estar muy “*Delgados*”. Si bien es verdad que hay autores que niegan la evidencia de la relación deporte-TCA (Galilea, 2000), la gran mayoría de los investigadores reconocen una mayor incidencia de los TCA en el mundo del deporte. Así, todo parece apuntar a que el deporte es otro elemento a sumar a los otros factores de riesgo ya conocidos para la aparición de dichos trastornos. Son tres, según la mayoría de investigadores en el tema, los posibles mecanismos que pueden explicar la relación existente entre el deporte y los TCA:

### Relación de Atracción

Algunos aspectos del deporte “*atraen*” a determinados individuos con TCA o con un alto riesgo de padecerlo, con el fin último de ocultar o esconder su patología tras los estereotipos creados por la propia modalidad deportiva, consiguiendo además un método eficaz para seguir bajando de peso. Esta relación no explica todos los casos de TCA. ¿Cómo una gimnasta que comienza a los 5 años de edad genera un TCA diez años más tarde? No es lógico pensar que una niña de 5 años se sienta atraída a una disciplina deportiva basándose en la delgadez o el ejercicio.

### Relación de Causa

Dentro de esta relación cabría distinguir dos modelos. El modelo de “*Anorexia por Actividad*” propuesto por Epling y Pierce (1991), en el que el ejercicio físico (extenuante) conduce a una supresión del apetito (disminuye el valor reforzante del alimento), con lo que disminuye la ingesta y por tanto conduce a una disminución del peso, lo que aumenta el valor del ejercicio y la motivación para realizarlo. Este ciclo se auto-refuerza, es decir, los niveles elevados de actividad física reducen la ingesta hasta niveles que llegan a desencadenar una anorexia nerviosa. Los autores que defienden este tipo de relación, creen explicar con ella  $\frac{3}{4}$  partes de los casos de anorexia. Aún así quedarían sin explicar las anorexias en las que no se desarrolla una actividad física importante o en las que si se desarrolla, lo hacen después de haberse instaurado la restricción alimentaria y el descenso significativo en el peso.

Este círculo vicioso sugerido por los citados autores, no es exclusivo del mundo del deporte, ya que se trata de un esquema comúnmente encontrado en la práctica clínica en pacientes que tienen dificultad para permanecer quietos aunque sea por breves periodos de tiempo, o que incluso realizan determinadas actividades estereotipadas, llevadas a cabo de forma ansiosa y rápida, sintiendo malestar cuando se las dificulta o impide el movimiento o como en el caso de ciertas amas de casa que llevan al máximo las tareas domésticas y cotidianas para conseguir en mayor gasto energético, creándose, a veces, nuevos trabajos o labores, o complicando las tareas habituales para conseguir quemar más calorías. En este grupo de personas el deporte es un “*método*” utilizado para la consecución de sus objetivos, pero no es el factor “*per se*” (y sí el incremento de la actividad física) en la etiología del TCA.

El segundo modelo de esta relación causal es el de la presión a que están sometidas muchas practicantes de determinadas modalidades deportivas para perder peso, debiendo seguir dietas muy restrictivas (muchas veces a petición de los propios entrenadores), y métodos patógenos para controlar el peso, debido a que se establecen unos pesos metas por debajo del peso salud.

### Relación de Precipitación

La práctica deportiva podría constituir la “espoleta” en individuos predispuestos por factores individuales, familiares, socioculturales, ambientales, biológicos... que disparara y se desarrollara un TCA.

Desde las primeras definiciones de anorexia (Lasègue, 1873, Gull, 1874), ya se hablaba de la “actividad física” y /o la “hiperactividad” de los pacientes, como un síntoma del cuadro clínico, pero cuya causa podía deberse a otros factores distintos al simple hecho del aumento del consumo calórico: *“la hiperactividad es una característica precoz y duradera de la anorexia nerviosa y no una consecuencia secundaria al intento consciente de perder peso”* (Kron et al.,1978).

Existen estudios en los que se evidencia que determinadas actitudes y conductas son comunes entre corredores compulsivos y pacientes con TCA (Yates et al., 1991) y se habla de “Trastornos por actividad o anorexia por actividad”, con signos claros similares al de las adicciones, con síndrome de abstinencia al cesar la actividad y recuperación físico-psíquica al reemprender la actividad física (Morgan, 1979), habiéndose comprobado tanto en modelos animales como en experimentación humana, la asociación entre el aumento de la actividad física y el descenso de la ingesta de alimentos, pareciendo existir una relación “neurofisiológica” (endorfinas) entre la actividad física y la ingesta alimenticia (Epling y Pierce, 1991). Esta asociación parece tener un papel crucial en la etiopatogenia de un subgrupo importante de pacientes con anorexia nerviosa al que se ha denominado “*anorexia por actividad*”. El paciente con anorexia y/o el candidato a serlo, limita sus alimentos y se “*engancha*” a la práctica exagerada de actividad física. En los estudios de experimentación animal (ratas de laboratorio) es el experimentador quién condiciona el comportamiento de la rata. ¿Quién lo hace en el caso de los humanos? ¿Puede ser el deporte el elemento que empuje a determinados individuos a padecer un TCA?

La característica de hiperactividad física en los TCA no es algo exclusivo del mundo del deporte, como ya hemos mencionado más arriba, pues esta característica también se da en actividades cotidianas no relacionadas con el deporte. Muchas veces esta actividad sigue un patrón compulsivo y ritualista (Beaumont et al., 1994) y aunque inicialmente esta hiperactividad sea finalista (objetivo de perder peso), puede acabar siendo compulsiva.

Entremos a analizar de forma más detallada los principales factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de un TCA en el ámbito del deporte y que han sido recientemente estudiados y revisados por Durán et al. (2006).

## **FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICAMENTE VINCULADOS A LA PRÁCTICA DEPORTIVA COMO FACTOR VINCULADO A LA APARICIÓN DE UN TCA.**

### **1º) La insatisfacción corporal debida a la presiones a la que están sometidas en cuanto a la alimentación y/o al peso por motivos de rendimiento deportivo.**

De todos es conocido el papel fundamental que juega la insatisfacción corporal en el desarrollo de los TCA. A las presiones habituales impuestas por la sociedad, se añaden las impuestas dentro del propio contexto deportivo y auspiciada por entrenadores, compañeros, familiares... y que obedecen a dos hipótesis:

- La de relacionar de forma errónea delgadez con rendimiento. Es cierto que en algunas modalidades deportivas de resistencia existe dicha relación, al considerarse cualquier exceso de peso como una “*mochila*” que hay que cargar, pero no es verdad en otras muchas modalidades deportivas a las que se ha extendido dicha falsa creencia.
- La existencia de un “canon” estético para ciertas modalidades deportivas, como por ejemplo gimnasia rítmica, en la que los jueces “puntuán” más alto a aquellas deportistas que obedecen a un cierto estereotipo, al margen incluso de la calidad y/o dificultad de los ejercicios desarrollados.

### **2º) La especialización cada vez más precoz.**

Si retomamos el ejemplo anterior de la gimnasia rítmica, no sólo se exige un morfotipo extremo, sino volúmenes de trabajo (entrenamiento) y especialización desde edades muy tempranas. La presión a que se ven sometidas estas niñas para ser corporalmente pequeñas y para que sigan manteniendo una figura prepuberal, va aumentando con la edad hasta llegar a producir unas altas dosis de insatisfacción corporal conforme va madurando y va haciéndose mujer (Harris y Greco, 1990).

### **3º) La existencia de deportes y modalidades de riesgo.**

Existen determinados deportes y/o modalidades deportivas en los que el peso juega un papel importante por diferentes motivos. El peso está inexorablemente unido a la alimentación. Si el deportista cuenta con un asesoramiento nutricional adecuado, el problema del peso puede pasar a la historia. Sin embargo, si no cuenta con dicho apoyo, puede convertirse en un gran problema que puede inducirle a tomar medidas drásticas y poco ortodoxas, y por supuesto poco o nada saludables (dietas restrictivas, aumento del volumen e intensidad del entrenamiento, métodos purgantes y/o deshidratantes, etc.) y germinar la semilla de un futuro TCA. Por lo tanto, lo primero que deberíamos efectuar es una correcta identificación y control de los deportes de riesgo, en los que el peso es un factor fundamental. Algo similar deberíamos realizar con aquellos deportes y/o modalidades deportivas en los que la estética corporal es un parámetro determinante.

En este sentido se destacan cuatro grandes tipos de deportes que suponen un mayor riesgo de desarrollo de un TCA, como así lo corroboran múltiples entidades como diferentes Comités Olímpicos Nacionales e incluso el propio Colegio Americano de Medicina del Deporte.

El primer gran grupo corresponde a los DEPORTES DE ESTÉTICA, es decir aquellos en los que se “exige” estar delgados y además es un parámetro puntuable por los jueces, tal y como ocurre en la *Gimnasia rítmica y artística*, el *patinaje artístico*, la *natación sincronizada*, la *danza* y el *ballet*. Aunque esta última no se trata de una disciplina estrictamente deportiva (no existen las federaciones deportivas), si suponen un alto nivel de exigencia física. Grange et al. (1994) detectaron un porcentaje de incidencia de anorexia nerviosa del 12% en las escuelas de danza. Hamilton et al. (1985) realizaron este estudio entre las bailarinas profesionales, obteniendo que el 15% de las bailarinas profesionales americanas y el 23% de las bailarinas europeas presentaban anorexia; el 19% de las norteamericanas y el 20% de la europeas presentaban bulimia. Pingeon et al. (1997) realizaron un estudio longitudinal de cinco años en 97 bailarinas jóvenes. El 16% presentaban retrasos del desarrollo y velocidad de crecimiento, siendo más patente en aquellas bailarinas más delgadas y con mayores restricciones nutricionales. En todos los casos existe una relación directa entre la actividad física intensa y sus efectos sobre la alimentación y el peso: a mayor intensidad de la disciplina deportiva, mayor incidencia y gravedad de la patología alimentaria.

El segundo gran grupo es el constituido por los DEPORTES DE CATEGORÍA DE PESOS, en los que el peso condiciona competir en una categoría o en otra, como suele ocurrir en el judo, lucha, boxeo, remo, kárate, taekwondo, etc.

El tercer gran grupo está constituido por los DEPORTES DE GIMNASIO, en donde habitualmente se persigue un gran desarrollo muscular asociado o no a un descenso de la grasa corporal y que el psiquiatra Harrison G. Pope denominó con el término de “vigorexia”. Entre ellos cabe destacar el culturismo, el aeróbic, fitness...

Por último el cuarto gran grupo de riesgo está representado por los DEPORTES DE RESISTENCIA Y DE RECLAMO SEXUAL, en los que se exige una gran resistencia física y un cuerpo delgado para rendir al máximo, tal y como ocurre en el medio fondo y fondo de atletismo, ciclismo en carretera en las grandes rutas, natación de largas distancias, y voley playa (femenino) en el que las jugadoras se ven sometida a presiones para “lucir” determinadas ropas deportivas altamente sugerentes (reclamo sexual) sin que ello tenga ninguna relación con el resultado de la propia competición.

Resulta explosiva la combinación de actividad física (excesiva) y presión por adelgazar (deportes que enfatizan la imagen corporal, el peso y la delgadez), para la aparición de un TCA (hecho comprobado en multitud de estudios como los de Rosen et al. (1986) y Davis y Cowles (1989).

Para finalizar, un hecho a destacar es que la gran mayoría de estos deportes y/o modalidades deportivas son “individuales”, hecho corroborado por Rodríguez et al. (1999)

#### **4º) El nivel de competición**

Hasta hace poco se tenía la creencia que esta variable era importante a la hora de predisponer a un deportista a un TCA en el sentido de que cuanto más se aproximaba a la élite, mayor era el riesgo. Sin embargo la prevalencia de estas enfermedades en niveles competitivos intermedios y/o básicos es más alta de lo que se había supuesto hasta ahora. Además la presencia de estos TCA en niveles intermedios impide que el deportista llegue al alto nivel-alto rendimiento y si alguien lo consigue, se tratará sin duda de un deportista con unas cualidades que con toda seguridad no la haga sucumbir a estos problemas.

**5) El aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias.**

De todos es sabido que dicho aumento del volumen de trabajo junto a una dieta severa, puede desencadenar un problema alimentario.

**6º) Utilización habitual de otros métodos poco saludables para la pérdida de peso.**

El hecho de seguir un régimen dietético severo durante largos periodos de tiempo, es un factor fundamental para precipitar la aparición de un TCA. Entre los deportistas son frecuentes ciertas conductas patógenas para controlar el peso, algunas de ellas perseguidas por la propias autoridades deportivas, pero no por el hecho de su insalubridad, sino por el hecho de estar prohibido como método o sustancia en las listas publicadas cada año por las autoridades deportivas (COI, WADA, Comités Olímpicos Nacionales, Federaciones Internacionales y Nacionales, etc.). Como ejemplo cabe citar el de los diuréticos que están prohibidos porque pueden “enmascarar” la presencia de otras sustancias dopantes en la orina.

La gran mayoría de métodos utilizados pueden ser peligrosos para la salud, aunque también es verdad que normalmente los problemas físicos que acarrear su consumo suelen desaparecer cuando se recupera el peso y se normaliza la alimentación.

Los métodos más usados suelen ser los siguientes:

- Métodos térmicos: saunas, vestimentas de plásticos...
- Toma de laxantes y diuréticos.
- Vómitos provocados y autoinducidos.
- Ayuno prolongado.
- Retención de fluidos.
- Píldoras adelgazantes.
- Ejercicio físico excesivo y/o extenuante.

En 1998 el Comité Olímpico de los EE.UU publicó los siguientes resultados en cuanto a la utilización de métodos para el control del peso:

Uso de ropa de plástico	73%
Retención de fluidos	71%
Saunas	63%
Ayuno	52%
Laxantes	15%
Diuréticos	13%
Vómitos provocados	13%

**Deportes de categoría de pesos**

Tabla-2

Píldoras adelgazantes	17%
Vómitos provocados	20%

**Deportes de estética**

Tabla-3

En 1986 Rosen et al., en un trabajo con 182 deportista femeninas de entre 17-23 años de edad, obtuvieron los siguientes resultados:

Píldoras adelgazantes	25%
Laxantes	16%
Vómitos provocados	14%

Tabla-4

Rosen et al, 1986

En un trabajo posterior, realizado por los mismos autores, hallaron que el 62% de las gimnastas utilizaban algún método de pérdida de peso.

Dosil y Rodríguez (2001) realizaron un trabajo en este mismo sentido, atendiendo a los criterios de deportes de riesgo:

TIPOS DE DEPORTES	MODALIDADES SELECCIONADAS
De estética	Gimnasia rítmica
De categorías de peso	Judo/Lucha
De gimnasio	Culturismo/Aeróbic
De resistencia y rendimiento con bajo peso	Atletismo (medio fondo) / Natación
De no riesgo	Fútbol, baloncesto

Tabla-5

Dosil y Rodríguez, 2001

Método	Fútbol	Natación	Judo Lucha	Aeróbic	Atletismo	Baloncesto	Gimnasia	Culturismo
Ayuno	1,6%		11,6%		2,2%	5,7%	4,2%	
Comer menos	9,5%	30,8%	30,4%	<b>50,0%</b>	<b>29,7%</b>	<b>40,0%</b>	<b>29,2%</b>	16,7%
Restricción calórica	17,5%	30,8%	30,4%	18,2%	22,0%	21,4%	<b>33,3%</b>	<b>50,0%</b>
Más entreno	<b>31,7%</b>	30,8%	<b>44,9%</b>	<b>54,5%</b>	<b>33,0%</b>	<b>42,9%</b>	<b>29,2%</b>	<b>44,4%</b>
Retención Fluidos					1,1%	1,4%		
Laxantes			5,8%		2,2%			
Sauna	3,2%		13%	18,2%	1,1%	10,0%	4,2%	16,7%
Ropa plástico	6,3%		14,5%		2,2%	2,9%	12,5%	
Vómitos								
Píldoras								5,6%
Otros			1,4%		2,2%		12,5%	5,6%
Ninguno	<b>53,2%</b>	46,2%	27,5%	22,7%	<b>51,6%</b>	<b>40,0%</b>	<b>41,7%</b>	22,2%

Tabla-6

Dosil y Rodríguez, 2001

Lo primero que llama la atención es la supuesta no utilización del vómito autoinducido como método adelgazante. Cabe pensar en una falsedad de resultados consecuencia de la alarma social asociada a los TCA. La sauna es un método frecuente lógicamente en aquellas modalidades deportivas practicadas en instalaciones que la poseen (gimnasios, vestuarios de equipos de fútbol); el hecho de ser utilizado en el judo/lucha, se explica por el hecho de tratarse de un deporte de categoría de peso. Sauna y ayuno es una de las asociaciones más clásicas para conseguir una pérdida rápida de peso antes del pesaje. Las píldoras adelgazantes solo son utilizadas por culturistas en este estudio, modalidad deportiva, por otro lado, muy aficionada a utilizar todo tipo de sustancias que hagan aumentar el volumen muscular y reducir la masa grasa. En todos los deportes se observa un método típico de pérdida de peso, con un mayor porcentaje de uso, existiendo tres métodos (comer menos / restricción calórica / más entrenamiento) que se utilizan en todos los deportes:

DEPORTE	MÉTODO	%
Fútbol	Más entrenamiento	31,7
Natación	Comer menos / Restricción calórica / Más entrenamiento	30,8
Judo/Lucha	Más entrenamiento	44,9
Aeróbic	Más entrenamiento	54,5
Atletismo	Más entrenamiento	33,0
Baloncesto	Más entrenamiento	42,9
Gimnasia Rítmica	Restricción calórica	33,3
Culturismo	Restricción calórica	50,0

Tabla-7

Dosil y Rodríguez, 2001

### 7º) Acontecimientos traumáticos

Determinados sucesos o acontecimientos traumáticos (pérdida del entrenador, lesión o enfermedad que determina un cese brusco de sus actividades habituales, abusos sexuales por alguien de su entorno deportivo, etc.) pueden desencadenar trastornos de la alimentación en determinados deportistas, tal y como lo demuestran los trabajos de Sundgot-Borgen (1994) y Del Castillo (1998).

### 8º) Comentarios despectivos por alguien de su entorno deportivo

Ciertos comentarios referentes a su peso o figura por parte de alguien de su entorno deportivo (entrenador, compañeros...) pueden tener un gran influencia en la aparición de un TCA, sobre todo en deportistas muy motivadas y poco informadas sobre estos problemas.

### 9º) Personalidad del deportista

Ciertos rasgos “ventajosos” para un buen rendimiento deportivo como pueden ser el perfeccionismo, la compulsión, la auto-motivación, las altas miras y expectativas... son los mismos que se encuentran en individuos con TCA, lo que es señalado por muchos como una variante más explicativa de que la población deportista sea especialmente vulnerable a este tipo de patologías.

## EL ENTORNO DEL DEPORTISTA

Otro aspecto crucial para el análisis de las posibles relaciones entre los TCA y el deporte, es el análisis del “**contexto**” del deportista. Ya hemos visto que el entorno social establece un modelo de individuo delgado, fino, en forma... pero existen otros factores ambientales sobre el deportista que tienen una clara relación con los TCA, como son de hecho el entorno familiar (padres que influyen negativamente en aspectos como la alimentación y el peso); el entorno deportivo (entrenadores, compañeros con influencias similares a las familiares), el entorno del propio deporte que hace que determinadas modalidades sean más susceptibles que otras para el desarrollo de estas patologías (el deporte en sí no suele ser negativo ni positivo en relación a los TCA, sino las relaciones del deportista con su entorno y su propio enfoque de la actividad, será lo que lo convierta en beneficioso o perjudicial). Por tanto, las características del deporte y los periodos competitivos son dos elementos primordiales para analizar la presión a la que se ve sometido el deportista dentro de su propio entorno deportivo.

Dosil, en el año 2000, estudió la influencia del contexto directo que rodea al deportista, preguntando a 420 deportistas cuál era la persona, entidad o instancia que

habían tenido una mayor influencia para realizar conductas tendentes a la pérdida de peso:

	FUTBOL	NATACIÓN	JUDO/ LUCHA	AEROBIS	ATLETIS.	BASKET	GIMNASIA	CULTURI.	REMO/ PIRAG.
Entrenador	3.2	<b>15.4</b>	<b>21.7</b>	4.5	<b>15.4</b>	12.9	<b>20.8</b>		6.3
Padres	1.6	7.7	10.1	9.1	2.2	8.6			
Hermanos		7.7	7.2	4.5	1.1	4.3	4.2		
Otros familiares			4.3	9.1		2.9			
Libros/Revistas			7.2		4.4	8.6		5.6	
TV			4.3		2.2	1.4			
Novio/a	1.6		2.9	9.1		10			
Yo	17.5	38.5	26.1	68.2	27.5	30	45.9	22.2	6.3
Compañeros	1.6		15.9		6.6	8.6	8.3		6.3
Otros	3.2		1.4					5.6	6.3
Nadie	73	53.8	50.7	27.3	58.2	51.4	41.7	66.7	87.5

Tabla-8

Dosil, 2000

Si eliminamos la opción “Yo” (el propio deportista) por estar con casi toda seguridad mediatizado por influencias externas, observamos que en los deportes estudiados, los agentes con mayor grado de influencia son (por orden de frecuencia) el entrenador; los padres, hermanos y compañeros; el novio/a, otros y libros y revistas y finalmente otros familiares y la televisión. Por deportes observamos que tanto en el Judo/Lucha como en la Gimnasia rítmica, es el entrenador el que juega el papel más importante.

Partiendo de que los factores causales de los TCA son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética, biología); psicológicos (influencias externas y conflictos psicológicos) y sociales, hay que analizar el papel que desempeñan las personas del contexto del deportista en la prevención y desarrollo de los TCA.

#### EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE UN TCA EN EL DEPORTE

Como ya ha quedado expuesto, las influencias familiares pueden predisponer a la aparición y desarrollo de un TCA, pero es su combinación con determinados rasgos de la personalidad del deportista, junto con factores socioculturales, los que darán como resultado la aparición de un TCA.

González Vázquez (2002) perfiló ciertos rasgos característicos de la familia de los deportistas que podría predisponer al desarrollo de un TCA:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de conflictos.
- Sobreprotección paterna.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiadas altas de los padres en relación a sus hijos.
- Historia familiar de depresión y alcoholismo.
- Existencia de abusos sexuales y/o físicos en el seno familiar.

Las familias de los deportistas suelen aceptar las medidas utilizadas para la pérdida de peso, como una parte más de su propia actividad deportiva y suelen decir (justificar) que “se cuidan” para mejorar el rendimiento.

Por otro lado, cuando ya se ha instaurado un cuadro de TCA, la familia (padres) juegan un papel fundamental (el paciente no tiene conciencia de su enfermedad) a la hora de considerar la necesidad de acudir a un especialista cualificado.

Por todo lo expuesto, resulta trascendental que la familia reciba una buena información sobre hábitos saludables de alimentación, como medio preventivo de conductas atípicas relacionadas con la misma.

## EL PAPEL DEL ENTRENADOR EN EL DESARROLLO DE UN TCA EN EL DEPORTE

En líneas generales el entrenador es el referente en todos los temas para sus deportistas, incluso en los temas de hábitos alimentarios, de ahí que el principal problema que puede ocurrir en este caso es su falta de formación en temas nutricionales. La presión que ejercen algunos sobre el control del peso es tan “obsesiva”, que muchos utilizan la báscula como herramienta de trabajo para evaluar el rendimiento deportivo, según los datos “objetivos” que suministra. El entrenador es no sólo fuente directa de presión, sino también indirecta al conocer el deportista sus gustos y creencias, pudiendo realizar métodos inadecuados para el control del peso con el último fin de agradarle.

Atendiendo a las características del entrenador y su relación con el deportista, existen dos tipos opuestos de entrenadores:

- a) El entrenador autoritario, al que no se le puede discutir ni debatir, relegando al deportista a un mero elemento pasivo. Este tipo de entrenador coloca al deportista en situación de riesgo frente a cualquier mínima indicación que realice con relación al peso y/o a la contextura física.
- b) El entrenador dialogante y democrático, con el que se puede mantener una comunicación fluida y compartida, teniendo su opinión una importancia relativa, pudiendo llegar en múltiples ocasiones a acuerdos. Este tipo de entrenador no coloca al deportista en situación de riesgo, frente a comentarios relacionados con el peso o la morfotipología del deportista, y al compartir ideas y preocupaciones, podrá prevenir la aparición de posibles TCA.

En resumen, es vital la formación del entrenador en temas de alimentación y de peso, para una adecuada prevención de estos trastornos: “*Sin formación difícilmente habrá prevención*”.

## EL PAPEL DE LOS COMPAÑEROS EN EL DESARROLLO DE UN TCA EN EL DEPORTE

Es incuestionable la influencia del “grupo de iguales” ante cualquier circunstancia de la vida, incluidas aquéllas relacionadas con el deporte. Esta influencia es notablemente diferente en función a que se trate de deporte individual o de equipo.

En deportes individuales, las influencias de los iguales son externas al grupo y en cuanto a la competición el deportista asume toda la responsabilidad. Cuando le surgen dudas sobre la alimentación o el peso, habitualmente no las puede compartir con los demás, por lo que tiene un riesgo alto de auto-respuesta.

En deportes colectivos las influencias de los iguales pueden ser internas o externas al grupo, pero la responsabilidad es repartida (compartida), por lo que el deportista no se siente tan presionado por los resultados. Cuando le surgen dudas en temas de alimentación, suele comunicarse con sus compañeros, pero corren el riesgo de que reciban respuestas carentes de un mínimo fundamento científico.

## **PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL CONTEXTO DEPORTIVO**

Resulta básico desarrollar un ambiente deportivo donde no se fomente los TCA. La prevención de los mismos no sólo depende del entorno deportivo estricto, sino también de la propia sociedad en general. Esta es una fuente inagotable de mensajes explícitos y subliminales con el mensaje “*estar delgados*”. De hecho uno de cada cuatro anuncios televisivos invitan de una u otra forma a perder peso y estar en la línea (Toro, 1995).

### **PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL ENTORNO DEPORTIVO (entrenadores, familiares, compañeros, etc.)**

- Es fundamental que las personas que componen el entorno del deportista tomen conciencia del valor de sus acciones y omisiones y las consecuencias que pueden derivarse de las mismas (positivas y negativas), sobre todo en temas relacionados con la salud del deportista. Si nos ceñimos en la persona del **entrenador**, éste representa un modelo de referencia para el deportista y así, con sus actuaciones y omisiones no sólo transmite conocimientos técnicos deportivos, sino también una forma de ser y entender la vida y el mundo.
- El entrenador también deberá revisar los valores y actitudes en relación al peso, la dieta, la imagen corporal y los estereotipos sexistas.
- También deberá estar informado y conocer los signos y síntomas precoces de la enfermedad, para su detección lo más precoz posible.
- Deberá igualmente estar informado y conocer sobre todo lo concerniente al peso y a la nutrición del deportista, para evitar prácticas inadecuadas inducidas por la propia ignorancia o en su defecto dejarse asesorar por especialistas nutricionales, a la hora de elaborar las pautas adecuadas para sus deportistas en función a los entrenamientos y competición.
- Deberá restar importancia al binomio peso (porcentaje grasa)-rendimiento, haciendo más hincapié en otros aspectos como pudieran ser la mejora en la fuerza, en la condición física y/o mental.
- En el caso de chicas deportistas en fase de desarrollo puberal, hacerles ver que sus cambios morfológicos (aumento del contenido grasa, ensanchamiento de caderas...) son procesos y cambios naturales y deseables y que no afectan negativamente al rendimiento. Es decir, hay que ayudarles a que asuman sus cambios morfológico-puberales.
- También el entrenador deberá asumir que el peso es una cuestión especialmente sensible para las mujeres (más aún en adolescentes), por lo que debe eliminarse

cualquier tipo de comentario despectivo o poco afortunado sobre la estética de las deportistas.

- Cuidar al máximo el modelo a imitar: no sólo las deportistas delgadas y pequeñas alcanzan el éxito, también lo consiguen chicas musculosas, fuertes y “femeninas”.
- Estar atento a la aparición del menor signo de alarma, ya que cuanto más instaurada esté la enfermedad, mayor será la dificultad para su curación. Habrá que vigilar especialmente el binomio pérdida de peso-amenorrea. La amenorrea nunca es una consecuencia habitual de la práctica de una determinada modalidad deportiva, pero si lo fuera, deberíamos modificar o restringir dicha práctica.
- Si una deportista es diagnosticada de anorexia y/o bulimia, no deberíamos impedir de forma inmediata y absoluta toda su práctica deportiva, ya que puede conllevarle un estrés emocional adicional.
- No es nada recomendable la especialización deportiva antes de la adolescencia. Puede que tengamos que replantearnos nuestros modelos de alto rendimiento, si ciertos deportes y/o modalidades exigen altos volúmenes de entrenamientos en edades tempranas para alcanzar la élite.
- Con relación a los **familiares** (padres), la mejor forma de prevenir estos trastornos es en un ambiente familiar en donde se practique una alimentación saludable y equilibrada. También incentivar en los familiares un grado adecuado de conocimiento de los TCA, para su precoz detección.

#### PAUTAS PARA AYUDAR A PERDER PESO A DEPORTISTAS SIN RIESGO PARA SU SALUD.

- Establecer un peso realista como objetivo alcanzable en función a la tipología corporal y al porcentaje graso, evitando en todo momento comparaciones con tablas de peso-talla estandarizadas para la población general.
- En deportes de alto riesgo (categorías de peso, estética) deberíamos valorar otros parámetros además del propio peso (porcentaje graso, grado de maduración biológica, etc.) que permitan imponer una categoría mínima de peso para poder competir, prohibiendo la competición a aquellos deportistas en categorías más bajas de peso. Una propuesta en este sentido ha sido puesta en marcha en el Estado Norteamericano de Wisconsin.
- Proporcionarle una ayuda nutricional adecuada, destacando la importancia de una alimentación equilibrada para conseguir un óptimo rendimiento deportivo y un excelente estado de salud.
- No sugerir ni alentar métodos inadecuados (no saludables) de pérdida de peso, ni “mirar para otro lado” cuando sabemos que lo están realizando.
- Proporcionarles apoyo emocional y psicológico para ayudarles a manejar el estrés que supone la reducción y/o el mantenimiento del peso.

- Buscar todo tipo de ayuda en otros profesionales (médicos del deporte, nutricionistas, psicólogos...) para trabajar en equipos multidisciplinares, que son los que verdaderamente han demostrado eficacia en el tratamiento de estas patologías.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los TCA han pasado de ser un problema de “niñas bien” (alto nivel socioeconómico) para extenderse a un amplio número de colectivos humanos, entre los que cabe mencionar por su importancia el colectivo deportivo, entre otras causas, por el propio incremento cuantitativo de dicho colectivo.

Aunque existen datos dispares de prevalencia de los TCA entre los deportistas, todo parece indicar que su presencia es significativa en dicho colectivo, existiendo modalidades más susceptibles que otras a padecer dichos trastornos. Así, hablamos de modalidades deportivas de bajo riesgo (fútbol, baloncesto, rugby, balonmano...) y modalidades de alto riesgo en donde el peso es un factor muy importante a la hora de entrenar y/o competir (Gimnasia, natación, judo/lucha, aeróbic, carreras de fondo...).

El sexo es otro factor de notable influencia, siendo el femenino el que presenta un mayor riesgo.

Como conclusiones finales podemos mencionar las siguientes:

- El ejercicio físico, deportivo o recreativo, de los pacientes con TCA es algo más que un mecanismo para satisfacer el deseo de perder o controlar el peso.
- Esta actividad física (excesiva) de los pacientes con TCA puede ser voluntaria y finalista (medio para conseguir la pérdida de peso), pero también puede llegar a ser ritualista, estereotipada y compulsiva.
- No debe subestimarse la existencia de TCA por actividad física, sobre todo en aquellos casos asociados a la práctica deportiva.
- Los programas terapéuticos no sólo deberían contemplar la reeducación nutricional, sino que también deberán tener presente la corrección del exceso de actividad física en aras a reducir la influencia de la ingesta alimentaria y a suprimir su posible carácter compulsivo. En este sentido sería aconsejable la realización de un programa de actividad física supervisado, con realización de ejercicios físicos de intensidad y duración moderada, para obtener los beneficios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios, psicológicos y de salud que dicha práctica auspicia, en lugar de intentar la supresión total de la actividad física, con lo que, además de aumentarle el estrés, convertiríamos a una persona hiperactiva, en sedentaria, con los consiguientes perjuicios que ello conllevaría.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bean, A. (1998). *La guía completa de la nutrición del deportista*. Barcelona: Paidotribo.
- Beaumont, P.J.V., Arthur, B., Russell, J.D. y Touyz, S.W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients. Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15 (1):21-36.
- Castillo, M.D. y León, M.T. (2003). *Educación Sanitaria en Alimentación y Nutrición*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá S.L.
- Crow, S., Praus, B. y Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders a 5 to 10 year record linkage study. *International Journal of Eating Disorder*; 26(1):97-101.
- Davis C, y Cowles M. (1989). A comparison of weight and diet concerns and personality factors among female athletes and non-athletes. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(59): 527-536.
- Del Castillo, V. (1998). Deporte y trastornos de la alimentación. *Educación Física y Deportes*. 11. www.efdeportes.com
- Dosil, J. (2003). *Trastornos de alimentación en el deporte*. Sevilla: Wanceulen
- Durán, L., Jiménez, P., Ruiz, L., Jiménez, F. y Camacho, M. (2006). Trastornos de la Alimentación y Deporte. *Archivos de Medicina del Deporte*, 23 (112):117-125.
- Galilea, B. (2000). Conducta alimentaria y rendimiento deportivo. *Apunts. Educación Física y Deportes*; 61:108-11.
- González, J., Sánchez, P. y Mataix, J. (2006). *Nutrición en el Deporte. Ayudas ergogénicas y dopaje*. Madrid: Díaz de Santos.
- González, M. (2002). El rol de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria. *Máster en Asesoramiento y Orientación Familiar*. Universidad de Santiago de Compostela.
- le Grange, D. Tibbs J. y Noakes, T.D. (1994). Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4):369-376.
- Gull, D. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7: 22-28.
- Hamilton, L.H., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional ballet dancers. *International of Eating Disorders*, 4: 465-478.
- Harris, M.B. y Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12: 427-33.

INSALUD (1999). *Prevención de la anorexia y bulimia en la adolescencia*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Kron, L., Katz, J.L., Gorzynski, G. y Wuner, H. (1978). Hyperactivity in anorexia nervosa. A fundamental clinical feature. *Comprehensive psychiatry*, 19: 433-440.

Lasègue, C.H. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 385-403.

Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy.

Morgan, W.P. (1979). Negative addiction in runners. *Physician and Sports Medicine*, 7: 57-70.

Pierce; W.D. y Epling, W.F. (1991). Activity anorexia: an animal model and theory of human self-atarvation. En A. Boulton, G. Baker y M. Martin-Iverson (Eds). *Neuromethods: Animas Models in Psychiatry*. Clifton, N. J.: Human Press.

Pingeon, P. et al. (1997). Intensive dance practice. Repercussions on growth and puberty. *American Journal of Sports Medicine*, 25(2): 243-247.

Rodríguez, A. et al. (1999). Physical exercise and food habits: a study of adolescents in Cádiz. *Revista Española de Salud Pública*, 73(1):81-7.

Rosen, LW. et al. (1986). Pathogenic weight control behaviour in female athletes. *Physician and Sports Medicine*, 14(1):79-86.

Rosen, LW, et al . (1988). Pathogenic weight control behaviour in female college gymnasts. *Physician and Sports Medicine*, 16(1): 141-144.

Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factor for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine Science & Sport Exercise*, 26: 414-9.

Toro, J. (1995). *El Cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.

Toro, J. y Vilardell, E. (2000). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. New York: Brunnel/Mazel.

Zagalaz, M. L. y Rodríguez, I. (2004). La práctica excesiva de ejercicio físico como una de las conductas compensatorias más frecuentes en pacientes con anorexia nerviosa. *Kronos La Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, (5): 26-30.