



Trastornos de la alimentación en el deporte

por el Lic. Carlos Giesenow

El presente trabajo tiene como objetivo ser una guía que ayude a orientar a los entrenadores y preparadores físicos como primeros agentes de prevención y detección de posibles trastornos de la alimentación en los deportistas, ya que son ellos quienes mayor contacto suelen tener con los (y sobretodo las) atletas. Se brindan pautas de acción, así como sintomatología y conductas que pueden ser indicadores de conductas y creencias alimentarias patogénicas a las que se deben atender. También se incluyen los criterios diagnósticos para estos trastornos, que si bien excede el rol del entrenador, es relevante su conocimiento.

Una alimentación equilibrada hace que el deportista mantenga una buena salud y que aproveche al máximo sus potenciales capacidades físicas para obtener los mejores resultados. Por otro lado, el manejo del peso es una parte necesaria del entrenamiento en la mayoría de los atletas. Un estado adecuado de nutrición resulta del desarrollo de unos hábitos alimentarios sanos practicados regularmente durante mucho tiempo. La dieta del deportista debe atender tanto a las variables individuales (edad, sexo, tamaño corporal, talla, etc.) como a las exigencias cambiantes del ciclo anual de entrenamiento y competencia (esto puede incluir la alimentación durante viajes), al tipo de deporte y al nivel de práctica, variando en cuanto a la cantidad y la composición de los alimentos.

Aspectos principales a tener en cuenta:

- elección de alimentos adecuados y supresión de alimentos erróneos.
- elección de bebidas idóneas (necesidad de mantener el equilibrio interno del organismo en líquido y minerales).
- correcta distribución de las comidas.

Prevalencia

Aunque es difícil determinar e investigar en la población atlética la prevalencia de trastornos de la alimentación (por la naturaleza secreta de los mismos), diferentes investigaciones arrojan datos como:

- 3% de una población de 695 atletas cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y 21% para bulimia.
- Los métodos de control de peso más comunes entre estos deportistas fueron ejercicio excesivo (58.8%), consumir menos de 600 kcal/día (23.5%), ayunos de más de 24 hs. (11.9%), vómitos autoinducidos (5.6%), uso de laxantes (3.7%), diuréticos (3.2%), enemas (1.4%).
- 74% de una muestra de gimnastas y 47% de corredores de larga distancia



utilizaban técnicas patogénicas de pérdida de peso.

Algunas conclusiones de los estudios sobre este tema sugieren que:

- Los trastornos de la conducta alimentaria parecen ocurrir con mayor frecuencia en atletas que en la población general.
- Un porcentaje significativo de deportistas realizan conductas alimentarias o de control de peso patogénicas. Es importante considerar la prevalencia de estas conductas aunque sean subclínicas (ej., técnicas patogénicas de pérdida de peso).
- Existe en determinados deportes una mayor prevalencia de trastornos de la alimentación y del uso patogénico de conductas para perder peso que en otros.

Factores predisponentes

En el ámbito del deporte pueden desarrollarse conductas alimentarias anómalas como consecuencia de la propia práctica deportiva. La presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de patologías en la conducta alimentaria.

Se pueden clasificar cuatro grupos de deportes en los cuales el peso es importante:

1. Deportes que establecen categorías por peso (boxeo, lucha, halterofilia).
 2. Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para la mejora del rendimiento en la competición (remeros, canotaje, jockeys).
 3. Deportes de resistencia (fondo, semifondo, maratón). Cabe resaltar el caso de las "corredoras estéticas" que corren no tanto para obtener un resultado deportivo como para tener un cuerpo delgado. Generalmente tienen comportamientos anoréxicos y encuentran en el atletismo una válvula para su hiperactividad, un ambiente donde la delgadez es alabada y una explicación plausible y creíble para su pérdida de peso.
 4. Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos y que requieren buena presencia (figura delgada, atractiva) ante los jueces (gimnasia, patinaje artístico, nado sincronizado, saltos ornamentales).
- Igualmente, ningún deporte se debe considerar exceptuado de contar con individuos susceptibles a desarrollar trastornos de la alimentación.

Entonces, si bien el ambiente deportivo no necesariamente fomenta un enfoque patológico en relación al tema del peso, muchos aspectos de diversos deportes promueven un excesivo interés alrededor del peso. Esto puede ser peligroso para una persona con predisposición a problemas de la alimentación.

Los factores más comunes del ámbito deportivo que promueven una gran atención al peso son:

- Restricciones de peso en determinados deportes. Los deportistas suelen recurrir a técnicas de deshidratación (sauna, ropa abrigada), uso de laxantes, uso de diuréticos, uso de pastillas, uso de píldoras dietéticas, ayunos, dietas "relámpago", purgas (vómitos autoinducidos), restricción de líquidos, para perder rápidamente peso.
- Criterios de jueces que enfatizan la delgadez y un modelo estereotipado de atractivo corporal. Muchas veces los jueces abiertamente expresan que tal deportista



alcanzaría un mejor rendimiento si perdiera cierta cantidad de peso, ya que se vería mejor, instalando este mito. Esto produce un efecto paradójico, ya que, como se sabe, frecuentemente las pérdidas de peso tienen un efecto desfavorable sobre el rendimiento, particularmente cuando las pérdidas de peso se realizan a expensas del desarrollo muscular. Entonces las supuestas "décimas" que se ganan en estética se pierden en rendimiento al perder el o la deportista la fuerza que necesita para realizar correctamente algunas maniobras.

- Demandas de rendimiento que fomentan un porcentaje muy bajo de grasa corporal. Por ejemplo, en deportes de resistencia.
- Presión por parte del entrenador para perder peso. Un simple comentario sobre el tamaño corporal de una deportista o el sugerir una pérdida de peso sin ofrecer consejos adicionales puede empujar a una deportista no informada y muy motivada a una conducta no saludable. Del mismo modo, la práctica de pesajes periódicos en grupo puede traer desórdenes de la alimentación para evitar sentir humillación frente a las compañeras. Otras conductas que pueden llevar a trastornos de la alimentación o a métodos patogénicos de pérdida de peso son: metas arbitrarias/irreales de peso o de composición corporal, sanciones por no alcanzar el peso determinado, comentarios insensibles o descuidados sobre temas relacionados con el peso (por ej., "estás hecha una vaca"), asociar siempre la pérdida de peso con mejoras en el rendimiento, minimizar los efectos nocivos que tienen ganar o perder rápidamente de peso.
- Presión por parte de los pares (compañeros) para probar técnicas patogénicas de pérdida de peso.

Otro factor a tener en cuenta es que algunos rasgos de personalidad que son deseables para el deporte: empuje, perfeccionismo, determinación, competitividad, son los mismos que se observan en algunos cuadros de trastornos de la conducta alimentaria.

Consecuencias sobre el rendimiento y el físico

Debilitamiento del deportista, enlentecimiento del tiempo de reacción, descenso de la resistencia y pérdida de salud en general: desorganización metabólica, extenuación física por incapacidad para reemplazar las reservas de glucógeno, incapacidad para prevenir lesiones, dificultad para curar heridas, amenorrea, riesgo de perder la densidad ósea, incremento de la fragilidad ósea, arritmias, aumento del riesgo de muerte súbita.

Triada de la Atleta Femenina

En algunas ocasiones, el gran deseo de mejorar la apariencia física y el rendimiento puede llevar a las atletas a desarrollar lo que se conoce como la "Triada de la Atleta Femenina". Este síndrome se caracteriza por tres condiciones diferentes: desórdenes en la ingesta de alimentos, amenorrea y osteoporosis. Usualmente ocurre en adolescentes y jóvenes mujeres atletas. La prevalencia real de este síndrome no se conoce exactamente pero se estima que los desórdenes de alimentación y la amenorrea son más prevalentes en atletas que en la población general.



Prevención

Para la prevención es vital derrumbar mitos informando sobre alimentación adecuada/sana, peso, salud y la relación con el desempeño deportivo. Otros pasos son:

- Poner el énfasis en el estado físico y de salud y no en el peso corporal.
- Proveer educación sobre nutrición, por ejemplo, invitando expertos sobre el tema a dar charlas.
- Promover hábitos alimentarios sanos.
- Aumentar la sensibilidad al tratar estos temas.
- Acentuar la importancia de un manejo sano del peso: enfatizar la relación entre tipo corporal y peso, las realidades de la composición corporal óptima, y la naturaleza de estrategias saludables y efectivas de manejo del peso.

Pautas para entrenadores:

1. Asumir la responsabilidad de ofrecer a sus deportistas información sobre nutrición sana.
2. Enfatizar la importancia de un buen desarrollo energético más que de la pérdida de peso.
3. Utilizar técnicas sobre la composición corporal para la consecución de pérdidas de peso correctas.
4. Controlar la conducta alimentaria del/a deportista tanto como las pérdidas de peso y si se detectan modos anormales de control de peso o anomalías de alimentación hablar con el/la deportista.
5. Informarse y mantener contactos con profesionales especializados en trastornos alimentarios de la comunidad a los que los deportistas pueden acceder si precisan ayuda.

Algunas señales de advertencia:

Marcada pérdida de peso, preocupación con dieta, evitación de actividades del equipo o sociales que involucren comidas, comer poco en dichas situaciones (si asiste), visitas al baño después de las comidas, ojos rojos (inyectados en sangre) después de visitas al baño, descenso del nivel de energía y de la habilidad para concentrarse, crónicas quejas gastrointestinales, incremento en la expresión de emociones (marcada emotividad), cambios del humor o del estilo de personalidad, depresión, irritabilidad, fluctuaciones del estado de ánimo.



SINTOMATOLOGÍA PARA OBSERVAR

ANOREXIA NERVIOSA

- Síntomas Físicos:
 - Descenso del peso corporal.
 - Amenorrea.
 - Fallos en la adaptación del organismo a la temperatura (hipotermia o hipertermia).
 - Cambios en la piel (aparece seca, agrietada, a veces recubierta de pelusa o vello fino). Plantas de los pies y las palmas de las manos pueden presentar una coloración amarillenta (acumulación de carotenos), uñas se vuelven quebradizas, caída del pelo. Pueden aparecer alteraciones dentales y edemas en casos severos de malnutrición.
 - Manifestaciones gastrointestinales.
 - Patrón anormal de sueño: insomnio.
- Síntomas Psicológicos:
 - Problema de Imagen Corporal: Es el problema central en torno al cual se desarrolla el cuadro. Presentan: alteraciones de imagen corporal (niegan su extremada delgadez, sobrevaloran sus dimensiones); alteraciones interoceptivas (actúan como si los estímulos relacionados con el hambre y la saciedad no fueran percibidas o lo fueran de modo anómalo).
 - Trastornos afectivos: depresión (tristeza, reducción de interés, baja autoestima, retraimiento social, llanto frecuente e insomnio) y ansiedad (es el factor emocional constante del cuadro producto de los agentes ansiógenos: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza del descontrol, la presión familiar, el deterioro físico progresivo, etc.).
 - Baja Autoestima (no se agradan en general y valoran negativamente su apariencia; critican su ingesta).
- Síntomas Conductuales:
 - Comportamiento ingestivo: dietas, vómito autoinducido (en secreto), consumo de diuréticos y laxantes, conversaciones y lecturas sobre dietas, rituales como desmenuzamiento de la comida.
 - Hiperactividad: actividad física excesiva en frecuencia e intensidad, reducción de horas de sueño, etc.
 - Conducta Social: se deterioran las relaciones sociales, se interesa solo por su imagen, peso u obligaciones académicas, reducción de centros de interés anteriores, ocultación del problema, evitación de situaciones donde la comida se presenta como una obligación o tentación, retraimiento.
 - Conducta sexual: Parece existir un desinterés sexual e insatisfacción en la relaciones (si es que existen).

BULIMIA NERVIOSA

- Síntomas Físicos:
 - Peso: Existe en pacientes bulímicos un peso mayor del considerado como ideal según criterios médicos y tablas de peso/talla, aunque esto no implica obesidad.
 - Deshidratación: por pérdida de líquidos tras episodios de vómito autoinducido.
 - Otros problemas: inflamación de glándulas salivares, infecciones urinarias, problemas renales, irregularidades menstruales y en algunos casos pérdidas importantes de peso.



- Síntomas Psicológicos:

- Miedo patológico a engordar: sobrevaloran el mantenimiento del peso que consideran ideal. Están convencidos/as de que estar gordo es peligroso y horrible. Sobre-estimación corporal.

- Síntomas depresivos: tristeza, bajo autoconcepto, problemas de asertividad y recurrentes ideas de suicidio además de mostrar conductas autodestructivas.

- Ansiedad: Antes del atracón suelen sentirse ansiosas y tensas con correlatos fisiológicos. Desaparece durante el atracón pero luego vuelve a aparecer junto con sentimiento negativos.

- Síntomas Conductuales:

- Episodios de sobreingesta o del "atacón": ingesta de gran cantidad de alimento en poco tiempo, en secreto.

- Mecanismo para controlar el peso: vómito provocado en secreto; purgantes (en dosis excesivas); otros: ayuno entre episodios de sobreingesta, hacer mucho ejercicio, tomar anfetaminas o diuréticos.

- Conducta impulsiva y compulsiva: en algunos casos hay problemas de cleptomanía, dependencia al uso de sustancias (alcohol, drogas) o conductas auto-lesivas.

Otros síntomas psicológicos asociados con trastornos de la alimentación:

- Insatisfacción corporal: creencia de que determinadas partes del cuerpo se asocian a cambios de forma y aumento de peso "gordura" en la pubertad (ej. caderas, muslos, nalgas).

- Sentimientos de ineficacia: creencias generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y creencia de que no tienen control sobre sus vidas.

- Perfeccionismo: excesivas expectativas de realización.

- Desconfianza interpersonal: rechazo general a cualquier tipo de relación social.

- Inadecuada identificación de la interocepción: refleja un problema o distorsión en el momento de identificar las emociones y las sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

- Miedo a la madurez: debido al temor de no ser capaz de responder a las demandas de los adultos por lo que prefieren la seguridad de los años preadolescentes.

Advertencia: son indicadores, ninguno por si solo es suficiente para diagnosticar un trastorno de la alimentación. No existe una estructura de personalidad característica de la anorexia nerviosa o la bulimia, estos son síndromes multideterminados y multidimensionales que se desarrollan en diferentes personas, en diferentes momentos, por diferentes motivos.

DIAGNÓSTICO

Según el MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, (DSM-IV), de la American Psychiatric Association (1994):

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).



B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso



ASOCIACION DE PSICOLOGIA
DEL DEPORTE ARGENTINA
Fundada en 1992

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.), Autor: Washington, DC.*
- Pilar Blasco, M. & Atienza, F. (1994). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. En I. Balaguer (Ed.), Entrenamiento psicológico en el deporte (pp. 349-375). Valencia: Albatros.*
- Swoap, R. A. & Murphy, S. M. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. En S. M. Murphy (Ed.), Sport psychology interventions (pp. 307-329). Champaign, IL: Human Kinetics.*
- Heyman, S. R. & Andersen, M. B. (1998). When to refer athletes for counseling or psychotherapy. En J. Williams (Ed.), Applied Sport Psychology: Personal Growth To Peak Performance, 3º Ed. (pp. 359-371), Mountview, CA: Mayfield.*
- Wilson, C. (2000). Eating Disorders: Awareness and Treatment. Obtenido en www.gssiweb.com.*