



**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

Prof. Dr. Amador Cernuda Lago

[amador.cernuda@gmail.com](mailto:amador.cernuda@gmail.com)

**INTRODUCCIÓN**

La incursión en la temática de las patologías alimentarias en actividades artísticas como la danza, donde el cuerpo y su estética es un elemento fundamental, o en otras áreas artísticas en las que el cuerpo es un elemento presente en la escena expuesto a la visión, análisis y crítica pública, con lo que ello implica en los procesos psicológicos del artista, ha abierto nuevas miras y horizontes que invitan a explorar más allá de los estereotipos vigentes. Es necesario continuar en esta línea esclarecedora, que se basa en principios de exigencia y rigor científico, aplicándola a la investigación sobre las artes, tal y como se viene realizando en el ámbito del deporte.

El bailarín profesional, como artista coreográfico, precisa ser definido y valorado en su idiosincrasia, y no etiquetado en base a falsas creencias o prejuicios injustificados. Solo la Ciencia detenta el poder capaz de contrarrestar la influencia, en ocasiones nefasta, de los medios de comunicación y de la ignorancia del público, devolviendo a la Danza su dignidad.

Los trastornos alimentarios pueden entenderse como aquellos trastornos psiquiátricos en los que la persecución de la delgadez y el miedo a engordar, junto con la alteración de la percepción de la silueta y la dependencia de la opinión ajena, provocan alteraciones graves de la conducta alimentaria y del estado psíquico de la persona. Ésta, esperando obtener una mayor seguridad, intenta establecer una identidad personal vinculada a la apariencia estética corporal; como resultado, toda su vida y el control de la misma giran en torno al control alimentario. Desde el momento en que este proceso se declara, podemos hablar de la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Los TCA evocan dos formas aparentemente opuestas: la restricción con la Anorexia Nerviosa (AN) y el exceso con la Bulimia Nerviosa (BN), y cuadros afines o no especificados (TCANE), y son la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas. La enorme relevancia que los TCA han obtenido en las últimas décadas se debe principalmente a su creciente incidencia, a la gravedad de la sintomatología asociada y a la gran resistencia que presentan al tratamiento. Pero, aun cuando no se cumplan todos los criterios diagnósticos para un TCA, los comportamientos o consecuencias asociados con los desórdenes alimentarios pueden ser graves a largo plazo. Actualmente, se presentan muchas formas de problemas alimentarios subclínicos que pueden

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

conllevar problemas físicos y psicológicos, los cuales podrían posteriormente asociarse al desarrollo de trastornos alimentarios clínicos. La intervención temprana puede prevenir dicha indeseada progresión hacia un caso clínico de TCA, así como, la prevención de consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Estos trastornos tienen un inicio volitivo seguido de una pérdida de control modulada por la desnutrición y los cambios biológicos consecuentes. Si el sujeto presenta una cierta predisposición psicológica, acrecentada por factores medioambientales estresantes, es posible que el trastorno se desarrolle con mayor facilidad. Tal y como defienden Woerwag-Mehta y Treasure (2009), la etiopatogenia de un TCA reside en la interacción entre los factores de riesgo genéticos y biológicos inespecíficos, y puede ser mantenido por refuerzos biológicos, psicológicos y sociales, determinando su gravedad y potencial cronicidad.

Los bailarines son un grupo de riesgo para el desarrollo de TCA debido a las exigencias físicas, tanto estéticas como de rendimiento, que su profesión impone. Dichas exigencias incluyen un índice de masa corporal (IMC) y un porcentaje de grasa corporal (%GC) muy por debajo de los valores medios de la población general, lo que conlleva una búsqueda constante del peso ideal, y contribuye a la insatisfacción con la propia imagen corporal (Simas y Guimarães, 2002, Cernuda 2015).

Aunque autores como Stice (2002) defienden que es la insatisfacción con el propio cuerpo, con la imagen corporal, el factor que mayormente contribuye al desarrollo de ciertos trastornos como la AN y la BN, los individuos que luchan contra dichas patologías y contra hábitos de alimentación de naturaleza sub-clínica se ven influenciados por múltiples factores, tal y como se mostrará más adelante.

El incremento de la incidencia y la prevalencia de los casos clínicos y subclínicos han favorecido la evolución de todos los aspectos del conocimiento en esta temática: desarrollo de los criterios diagnósticos, epidemiología, etiología y tratamiento. Todo ello gracias al incremento de profesionales dedicados al estudio de estos trastornos y al volumen de investigaciones que se han llevado a cabo, especialmente en la última década. Los medios de comunicación y las revistas científicas de psicología y psiquiatría dedican monográficos y reportajes especiales a esta problemática, se constituyen sociedades científicas nacionales e internacionales, y se crean servicios y clínicas de tratamiento específico.

La danza, y en concreto el ballet, aparece generalmente en la bibliografía internacional de las últimas décadas como una de las actividades físicas artístico-deportivas más propensa al desarrollo de estas patologías. Dado su componente atlético, que demanda altos niveles de rendimiento, el ejercicio de la danza parece adolecer de un riesgo permanente de la conducta alimentaria desviada; además, es cierto que la perfección de ejecución técnica requerida se enmarca siempre dentro de las directrices estéticas y artísticas imperantes que, en el caso del ballet, pueden llegar a un cierto grado de estereotipación nociva.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

Sin embargo, no es sólo una lógica aplastante sino sobre todo la investigación científica la que defiende la incompatibilidad, a medio y largo plazo, de practicar tanto el deporte (estético o no) como la danza a nivel profesional o de élite, dentro de un cuadro de TCA.

Tal y como defiende Turón (1999), la alimentación juega un papel fundamental en el desarrollo psicológico, ya que a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, afecto y bienestar. Esa relación establecida durante la infancia entre el confort y el disconfort con la comida se mantendrá a lo largo de toda su vida, siendo lógico que la ansiedad, la depresión o los estados de ánimo en general influyan de forma decisiva en los procesos de la alimentación.

Tanto el exceso como el defecto en la alimentación conllevan consecuencias que se suelen traducir en enfermedades como la anorexia, la bulimia nerviosa y la obesidad. Este tipo de enfermedades son también denominadas patologías de la sociedad de la abundancia o del bienestar, como apuntan Contreras-Hernández y Gracia-Arnáiz (2005).

Dado que a la anorexia y a la bulimia se les confiere una etiología de tipo psicológico, en la actualidad estas patologías forman parte de los problemas mentales, mientras que la obesidad es clasificada como una enfermedad de tipo metabólico. No obstante, numerosos estudios vinculan la obesidad con el resto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) por sus claros orígenes y consecuencias sociales, lo que lleva a considerarla generalmente como un trastorno cultural (Garine y Pollock, 1995).

Mientras que la obesidad se relacionaba en otras épocas con la salud, la riqueza y la belleza, actualmente se ve valorada muy negativamente, y no sólo por sus riesgos a nivel físico. A su vez, la delgadez se equiparó a enfermedad y fealdad, pero en la actualidad su significación social se ha invertido y se potencia un canon de belleza y unas características morfológicas que implican un bajo peso y que se encuentran en clara contradicción con nuestras características étnicas (Turón, 1997).

De igual forma que ocurre de forma general con las patologías psiquiátricas, se está realizando un acercamiento a los aspectos biológicos de los TCA, en una perspectiva psicobiológica que recuerda, en cierta manera, a la tradición hipocrática (Léonard, Foulon y Guelfi, 2005).

Cuando se habla de trastornos de la alimentación de tipo clínico, se hace referencia a la AN, la BN y a los trastornos alimentarios especificados y no especificados, reconocidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, en su quinta versión), de la American Psychiatric Association (APA). La obesidad se considera igualmente un trastorno de la conducta alimentaria, pero no está repertoriado en el DSM-5 (APA, 2013).

Como veremos más adelante, la multifactorialidad es la opción más extendida en la comunidad científica para la explicación de la etiopatogenia de los TCA. Junto a los factores de riesgo o predisponentes, existen factores precipitantes y mantenedores de la patología. Dichos factores son de naturaleza biológica, especialmente genética, sociocultural y psicológica.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

Aunque los TCA son considerados una cuestión de gran importancia en términos de salud pública, dado que cruzan las fronteras raciales, económicas y educativas, los poderes públicos y los medios de comunicación no parecen estar suficientemente sensibilizados con la creciente incidencia social que estos trastornos están adquiriendo.

La anorexia atlética se define como el conjunto de comportamientos alimentarios subclínicos detectados en los deportistas que no presentan a priori un TCA claramente definido, pero que aplican al menos un método de control ponderal como el ayuno, los vómitos provocados y el uso de laxantes o diuréticos. Se caracteriza por una disminución del aporte energético y del peso, incluso manteniendo un buen nivel de rendimiento (Filaire, Rouveix y Bouget, 2008).

Sabemos que el desarrollo de los TCA está ligado a múltiples factores, tanto contextuales, socioculturales, genéticos, biológicos, psicológicos como comportamentales. La práctica del deporte presenta riesgos ligados a la esencia misma de la disciplina: la frecuencia de los entrenamientos, el reglamento, la restricción alimentaria aconsejada, el comienzo temprano en ciertos entrenamientos específicos, los acontecimientos traumáticos, las lesiones, la subcultura deportiva, el sobreentrenamiento, la personalidad y el estilo de enseñanza del entrenador, etc. Dichos riesgos estarían más presentes en algunos deportes, especialmente el riesgo de TCA (Cernuda 2010a, 2010b, 2011, 2012; Sundgot-Borgen, 1994):

- Los deportes ligados a una cierta estética corporal, como el patinaje y la gimnasia.
- Los deportes en los cuales la delgadez suele asociarse al rendimiento, donde los atletas más pesados son considerados más lentos (deportes de resistencia).
- Los deportes con categorías de peso, que pueden inducir a la restricción alimentaria.

Las consecuencias de los TCA pueden observarse en el sistema endocrino, cardiovascular, metabólico, digestivo y reproductor. Los trastornos psicológicos consecuentes son igualmente importantes.

Algunos atletas de alto nivel muestran un miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo de su peso ideal, manteniendo un bajo aporte calórico y realizando una cantidad de ejercicio excesiva. Pueden presentar algunos de los rasgos psicológicos característicos de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, como son: una baja autoestima, una ansiedad elevada, imagen corporal distorsionada, culpabilidad, vulnerabilidad al estrés o un alto grado de perfeccionismo, que roza la obsesión, y tendencias obsesivo-compulsivas.

A pesar de los pocos estudios disponibles en la actualidad, sabemos que los TCA no son materia exclusiva del sexo femenino, ya que el número de hombres afectados se acrecienta cada vez más y el mundo del deporte no se encuentra exento de esta tendencia.

Los deportistas se ven confrontados a un cúmulo de situaciones propicias al desarrollo de TCA. Aunque los datos varían considerablemente entre los diferentes estudios realizados, se ha observado entre un 1% y un 62% de frecuencia de TCA en las mujeres deportistas y entre 0% y 57% en los hombres. Mientras que para los sujetos sedentarios el deseo de adelgazar es una

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

finalidad, para el deportista es un medio que apoya el deseo de mejorar su rendimiento; porque a menudo, los deportistas equiparan la delgadez con la forma física, y por ende, con el rendimiento. Sundgot-Borgen (1994), presenta el concepto de anorexia athletica, una variante de la AN en el atleta que reagrupa una serie de características nutricionales, psicológicas y factores ligados al entrenamiento que le confiere una entidad propia.

La anorexia athletica (AA) se diferencia de la AN y de otros TCA en varios puntos, según Dale y Landers (1999):

- La restricción de la AA tiene como objetivo la mejora del rendimiento.
- La variación ponderal, inscrita en los ciclos de ganancia y pérdida de peso, depende del entrenamiento realizado.
- Los síntomas pueden aparecer simultáneamente o aislados, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento de la AA.
- La sintomatología remite al finalizar la carrera del atleta, siendo por lo tanto, transitoria.
- En la AA no existe distorsión de la imagen corporal, presente en la AN.

A largo plazo, las restricciones alimentarias repercuten en la composición corporal, aumentando los riesgos de problemas cardiovasculares, trastornos del metabolismo y del sistema endocrino. A continuación se presentan los criterios diagnósticos de la AA (Sundgot-Borgen, 1994):

- Pérdida de peso superior a 5% del peso ideal.
- Retraso en la menarquia (tras los 16 años).
- Trastornos menstruales (amenorrea u oligomenorrea).
- Problemas gastrointestinales.
- Ausencia de enfermedad o psicopatología que justifique la pérdida ponderal.
- Imagen corporal deformada.
- Miedo extremo a ganar peso y/o a la obesidad.
- Restricción alimentaria (inferior a 1200 kcal/j).
- Recurso a métodos purgativos.
- Episodios de hiperfagia.
- Ejercicio físico compulsivo.

La dificultad estriba en discernir si las conductas alimentarias anómalas en ciertos deportes son consecuencia de un TCA subyacente, o si son típicas de los deportistas de élite, especialmente en determinadas disciplinas. Para autores como Engel, Johnson, Powers, Crosby, Wonderlich, Wittrocka, y Mitchel (2003), la clave está en el tipo de disciplina deportiva practicada. La relación más fuerte que estos investigadores han encontrado entre la restricción alimentaria y el deporte, es la de los casos de la gimnasia y la lucha, disciplinas en las que el recurso al vómito sería más frecuente. Los resultados de los estudios de Johnson, Powers, and Dick, (1999) en deportistas, indican que el 35% de las atletas y el 9,5% de los

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

atletas presentaban riesgo de padecer anorexia. Para explicar estas diferencias, se avanzan diversas hipótesis:

1. Las mujeres sufren una mayor presión para mantenerse delgadas.
2. En las mujeres existe, en mayor medida, una necesidad de adecuarse a un ideal sociocultural y estético, o a un morfotipo que permita mejorar el rendimiento.
3. Las transformaciones físicas y psicológicas de la adolescencia aumentan el riesgo de desarrollo de un TCA.

Para Sundgot-Borgen (1994) existen además otras causas de dicho desarrollo: un régimen prolongado con fluctuaciones ponderales, un cambio de entrenador, y una enfermedad o lesión.

Sabemos que el desarrollo de TCA ya no es una característica exclusivamente femenina, y que el desarrollo de estas patologías tiene probablemente el mismo origen para ambos sexos. Según los estudios de Sundgot-Borgen y Torstveit (2004), los trastornos pueden sobrevenir tras periodos de régimen (en 13% de los casos de deportistas masculinos y 60% de femeninos), o tras lesiones (25% en ambos casos). El riesgo sería mayor en deportes como el judo, la lucha, la hípica, la marcha y el culturismo (Lantz, Rhea y Mesnier, 2004; Rouveix, Bouget, Pannafieux, Champely y Filaire, 2007). Thiel, Gottfried y Hesse presentaron ya en 1993 un estudio sobre luchadores y remeros, con un 52% de comportamiento bulímico, lo que supone un triple de la tasa de bulimia de la población masculina sedentaria.

Otros estudios (Byrne y McLean, 2001), han demostrado la estrecha relación entre los deportes exigentes con el físico y la prevalencia de TCA, además de un mayor desarrollo de trastornos clínicos, con respecto a otras disciplinas deportivas. Sería el caso de los deportes de resistencia.

La prevalencia de TCA en el deporte puede ser causada, o bien porque los sujetos con una predisposición al desarrollo de TCA se sienten atraídos por ciertas disciplinas, o bien porque las exigencias de ciertas disciplinas obligan a los deportistas a encontrar estrategias que afectan a su comportamiento alimentario (Byrne y McLean, 2001), y muy especialmente en el caso de los deportes de riesgo. Además, los deportistas coincidirían con los pacientes de TCA en rasgos de personalidad, tales como la orientación al éxito, el perfeccionismo y la tendencia obsesiva y compulsiva (Lantz, Rhea, y Mesnier, 2004). El deportista de élite (de alto nivel) presentarían mayor riesgo de sufrir un TCA que los de menor nivel (Smolak, Murnen, y Ruble, 2000). Incluso, la práctica deportiva moderada, fuera de los circuitos de competición, tendría un efecto protector sobre los TCA.

La práctica del deporte suele conllevar una reorganización de la alimentación, ya sea por el importante gasto energético o por los horarios de entrenamiento. El modo de vida del deportista se adapta, así como, la conducta alimentaria, que puede sufrir desestructuraciones (por el tipo de alimentos, horarios o número de comidas al día), falsas creencias, o ingestión

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

de suplementos. Los hábitos nocivos pueden instalarse especialmente en casos de comienzo temprano de la restricción alimentaria, y de pertenencia a un grupo homogéneo. Es común que los TCA aparezcan o se intensifiquen al principio de la temporada, atenuándose al finalizar ésta. De hecho, consideran el extremo control del cuerpo, ya no como una patología subyacente, sino como un medio de optimizar su capacidad de rendimiento (Reinking y Alexander, 2005).

Según Toro (1996) se encuentran deportistas de sexo femenino con trastornos de la ingesta en la práctica totalidad de las disciplinas deportivas, que niegan a menudo que estén sometidas a dieta a pesar de la dramática obviedad de su pérdida de peso.

Sundgot-Borgen realizó en 1993 un destacado estudio en el que evaluó la cantidad de nutrientes ingerido por un grupo de deportistas de élite noruegas, diagnosticadas de AN y BN. Resultó que seguían dietas muy bajas en calorías y nutrientes (los nutrientes más deficitarios que se encontraron fueron: proteínas, calcio, hierro y vitamina D), cuya media era más baja incluso que la recomendada para las mujeres trabajadoras (Miguel Tobal, Martín Díaz, y Martín Díaz, 1998; Miguel Tobal, Martín Díaz, y Legido Arce 2002). Otro trabajo de similares características es el llevado a cabo por Davis., Katzman, Kaptein, Kirsh, Brewer, Kalmbach, Olmsted, Woodside, y Kaplan, (1997), quienes concluyen que el ejercicio físico de alto nivel interviene en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, afectando más a la anorexia que a la bulimia nerviosa.

### **La tríada de la atleta**

El denominado "síndrome de la tríada de la atleta" , "tríada" o "la tríada de la atleta femenina" fue descrita por primera vez en 1992 por el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) como un síndrome consistente en desórdenes alimentarios, amenorrea y osteoporosis que se desarrolla en mujeres jóvenes y adultas con actividad física (Otis, Drinkwater, Johnson, Loucks, y Wilmore, 1997). Posteriormente, el mismo organismo en 2007 definió la tríada de la atleta femenina como "las interrelaciones entre la disponibilidad energética, la función menstrual y la densidad mineral ósea, y puede llegar a manifestarse con síntomas clínicos tan serios como trastornos de la conducta alimentaria, amenorrea funcional hipotalámica y osteoporosis" (Nattiv, Loucks, Manore, Sanbom, Sundgot-Borgen, y Warren (2007). Los componentes de la tríada están relacionados entre sí en su etiología, patogénesis y consecuencias. El síndrome suele comenzar con trastornos alimentarios. La nutrición inadecuada, combinada con el ejercicio físico intenso, deriva en un déficit de energía y con el tiempo esta deficiencia energética altera el eje gonadotropo de la mujer, dando lugar a trastornos menstruales e hipoestrogenismo. La ausencia de estrógenos y una alimentación insuficiente (con déficit de vitaminas y minerales) producen una disminución de la densidad mineral ósea y osteoporosis. Un mayor riesgo de fracturas por estrés es la consecuencia obvia de esta cadena de acontecimientos fisiopatológicos (Ivkovic, Franic, Bojanic, Pecina, 2007).

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

### **Factores de riesgo**

Cualquier mujer que practique deporte está en riesgo de desarrollar algún componente de la tríada. No obstante, existen unos factores vinculados a la aparición de TCA en la práctica deportiva que pueden conducir al desarrollo de la tríada (Varela y Silvestre, 2010):

- Personalidad del deportista.
- Insatisfacción corporal debida a las presiones a las que están sometidas en cuanto a la alimentación y/o al peso por motivos de rendimiento deportivo.
- Especialización deportiva precoz.
- Existencia de deportes y modalidades de riesgo.
- Deportes de resistencia en los cuales se resalta el peso corporal bajo (carreras de larga distancia, ciclismo, esquí campo a través).
- Deportes en los cuales se otorga un puntaje subjetivo al rendimiento (danza, patinaje artístico, buceo, gimnasia, aeróbicos).
- Deportes en los que se requiera para la competencia de ropa que revele la silueta (voleibol, natación, buceo, carreras campo a través, esquí campo a través o de pista y animadoras).
- Deportes en los que se resalta la condición del cuerpo pre-púber para el éxito en el rendimiento (patinaje artístico, gimnasia, buceo).
- Deportes en los que se utilicen categorías de peso para la participación (carreras de caballos, algunas artes marciales, lucha libre, remo).
- Aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias.
- Utilización habitual de otros métodos poco saludables para la pérdida de peso:

Métodos térmicos (saunas, vestimentas de plástico)

Toma de laxantes y diuréticos

Vómitos provocados y autoinducidos

Ayuno prolongado

Restricción de fluidos

Píldoras adelgazantes

- Ejercicio físico excesivo y/o extenuante.
- Acontecimientos traumáticos para el deportista.
- Comentarios despectivos.

La mayoría de las atletas que sufren la tríada no buscan un tratamiento por sus propios medios, a no ser que hayan observado una disminución en su rendimiento.

A continuación se muestran una serie de signos y síntomas correspondientes a la tríada, propuestos por Morgenthal, (2002). La presencia de algunas de estas características no necesariamente indica la existencia de alimentación desordenada o de la tríada. Sin embargo, la probabilidad de que estén presentes uno o más componentes de la tríada aumenta a medida que se incrementa el número de características enumeradas:



## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

- Fatiga
- Anemia
- Depresión
- Fracturas por estrés
- Disminución de la capacidad para concentrarse
- Intolerancia al frío
- Hipotermia
- Frío y descolorido en pies y manos
- Aumento de las glándulas parótidas
- Dolor de garganta
- Signo de Russell
- Erosión del esmalte dental por la frecuencia de los vómitos
- Distensión y dolor abdominal
- Estreñimiento
- Piel seca
- Edema en cara y extremidades
- Mareo
- Bradicardia
- Hipotensión ortostática
- Dolor de pecho
- Lanugo
- Carotenemia

A menudo, existe un descontrol o una conducta alimentaria errónea, lo que puede conllevar la aparición de acciones inadecuadas como vomitar, o utilizar medicamentos diuréticos o laxantes con el propósito de perder peso de forma rápida. Con este tipo de conductas se produce un desequilibrio hidroelectrónico, que sumado a la insuficiente ingesta calórica produce una desnutrición de la deportista. Las consecuencias de dicha desnutrición serán la pérdida relevante de fuerza, de resistencia, de tiempo de reacción, de capacidad de concentración y de velocidad.

### **METODOLOGÍA**

#### **Sujetos**

Se ha realizado un estudio en el que han participado 197 deportistas de elite, 175 artistas de alto nivel, 215 deportistas en fase de iniciación y 276 estudiantes de artes escénicas, a los que se han aplicado diferentes pruebas de cribado (screening), autoinformes y test como el EDI-3-RF, el STAI de Spielberger.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

### **Instrumentos**

Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario (EDI--3--RF) (Eating Disorders Inventory) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983). El EDI--3 es una medida estandarizada que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha de diagnóstico de TCA. Permite además realizar un rápido screening de los sujetos en riesgo y está especialmente indicado para su uso en centros educativos o centros de atención primaria. El cuestionario está basado en un conjunto de reglas de decisión que, a partir de las escalas de riesgo y varios datos críticos (IMC del sujeto, presencia de patrones de alimentación insanos), indican si es necesario derivar al sujeto a un servicio de atención especializada para descartar o confirmar la presencia de un TCA. Permite obtener, entre otras, tres puntuaciones en las correspondientes escalas: obsesión por la delgadez, comportamientos bulímicos e insatisfacción corporal, además de una puntuación total.

En relación a la fiabilidad de la prueba aplicada, la consistencia interna establecida por el estadístico alfa de Cronbach, ha mostrado para el instrumento EDI--3--RF un valor de 0.91; valores que concuerdan con los aportados por estudios previos que implican una fiabilidad que podría ser considerada como excelente (George y Mallery, 1995).

### **Análisis de datos**

Se emplearon técnicas descriptivas (tendencia central y dispersión) para el análisis global de resultados, y técnicas inferenciales para el contraste de hipótesis. De manera complementaria fueron utilizadas técnicas correlacionales con el fin de estudiar, fundamentalmente, las características del instrumento. Los análisis fueron realizados a través del programa IBM Statistics SPSS 19. En todos los casos se ha tomado el valor 0.05 como valor de significación que corresponde con un nivel de confianza del 95%.

Dentro del análisis inferencial, con el fin de seleccionar las pruebas estadísticas más adecuadas a las características de los datos muestrales, se realizó un análisis previo de normalidad y homogeneidad de las distintas variables dependientes mediante los estadísticos de Kolgomorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (normalidad) y F de Levene (homogeneidad).

Los análisis inferenciales se realizaron por medio de técnicas paramétricas, y en el segundo por medio de técnicas no paramétricas. En concreto, las pruebas utilizadas fueron: (1) T de Student, para el análisis de diferencia de medias en las escalas de los dos cuestionarios en función del grupo de edad , y (2) U de Mann--Whitney, empleado para la comparación de diferencias en los rangos de las puntuaciones en los cuestionarios en función del género.

Finalmente, realizamos un análisis complementario con el objetivo de conocer la cantidad de participantes que se encuentran en una situación de riesgo real de padecer TCA y que, en función de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDI--3--RF, deberían ser derivados a un especialista para un análisis más extenso.

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

Siguiendo los criterios propuestos en el propio cuestionario, hemos incluido en esta categoría a los sujetos que obtuvieron en la escala de Obsesión por la delgadez (DT) una puntuación igual o superior a 12 puntos.

Los análisis relativos a las diferencias de edad mostraron que las puntuaciones obtenidas en diferentes grupos resultaron ser estadísticamente similares.

Las diferencias de género en las puntuaciones en todos sus componentes resultaron estadísticamente significativas, a favor de las mujeres que puntuaron más alto en todas las escalas, excepto en la escala B del EDI--3--RF (comportamientos bulímicos), en la que los hombres obtuvieron puntuaciones ligeramente más elevadas realizamos un análisis complementario con el objetivo de conocer el porcentaje de la población deportiva y artística participante que se encontraba en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria según los criterios diagnósticos planteados en el EDI--3--RF. Este cuestionario considera un claro punto de corte que permite decidir al evaluador cuándo una persona debe ser derivada a un especialista para un estudio más riguroso de su caso, por encontrarse en riesgo elevado de padecer un TCA. Concretamente, sugiere considerar la escala DT (obsesión con la delgadez) como medida de screening, planteando la necesidad de derivar a las personas que obtengan una puntuación de 12 o más en este componente. Siguiendo este criterio, comprobamos que el 13,7% de los varones y el 31,3% de las mujeres estaban incluidas en este grupo de alto riesgo.

### **RESULTADOS**

De los 863 participantes en este estudio, el 43% (372) son deportistas y artistas de elite, y el 57% estudiantes de artes escénicas y deportistas no profesionales. En el grupo de elite hemos detectado 39 sujetos con problemas de TCA, que representan el 10,48% de la población de elite y el 4,5% de la población total. Con problemas de Obsesión por la delgadez, una puntuación superior a 12 en la escala DT hemos detectado 41 sujetos en el grupo de elite, lo que representa un 11% de la población de élite. Sin embargo de la población de estudiantes de artes escénicas y de deportistas aficionados hemos detectado con problemas de TCA en una población estudiada de 491 sujetos, 127 sujetos, que representan el 28,5% de la población no de elite y el 14,7% de la población total estudiada, siendo el factor superior a 12 en obsesión por la delgadez obtenido por 141 sujetos, lo que representa el 28,7% de la población de no elite, y el 16,3% de la población total. Dentro de este grupo de alto riesgo, se observaron diferencias de género, el 31,3% de las mujeres, frente al 13,7% de los varones.

### **DISCUSIÓN**

Los resultados generales observados en este estudio preliminar indican que existe una proporción importante de estudiantes de artes escénicas que se encuentran en riesgo de

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

padecer un Trastorno de la Conducta alimentaria, presentando puntuaciones relativamente elevadas en los distintos componentes.

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDI--3--RF indican que los que participaron en el estudio muestran niveles significativos de obsesión por la delgadez, rasgos bulímicos o insatisfacción corporal elevada, todos ellos claros factores de riesgo asociados al desarrollo de TCA (Mazzeo y Bulik, 2009).

Partiendo de la puntuación de una de las escalas de este instrumento observamos cómo el porcentaje de personas que deberían ser remitidas a un especialista clínico para una evaluación más extensa es muy elevado (31%). Esto indica que más de la cuarta parte de los artistas y deportistas consultados presentan sentimientos en relación a su propio cuerpo asociados a una fuerte insatisfacción corporal y que, siguiendo criterios clínicos, deberían ser sometidos a posteriores análisis que permitieran discernir si padecen ya de hecho algún tipo de TCA.

Resulta especialmente llamativo constatar que en una de las puntuaciones del EDI—3--RF, la correspondiente a la presencia de conductas bulímicas, los participantes varones han obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que sus compañeras. Por el momento, no tenemos ninguna explicación que pueda arrojar luz sobre este resultado inesperado, aunque trabajos previos han constatado un importante aumento de la insatisfacción corporal y los TCA entre los hombres de países occidentales en los últimos años (Andersen, 2005, Cernuda, 2013). Conviene profundizar en esta línea en futuros trabajos y considerar posibles variables que estén influyendo en la aparición de esta diferencia de género, infrecuente en el área de los TCA. En este sentido, habría que considerar por ejemplo la orientación sexual de los participantes, pues estudios recientes indican crecientes tasas de TCA entre hombres homosexuales (Feldman y Meyer, 2007). En este sentido, no debemos olvidar las reservas manifestadas en algunos trabajos (Andersen, 2005) en relación a la aplicación de este tipo de instrumentos en varones, diseñados en general para detectar las características del trastorno en población femenina. Además, las prácticas incluidas en esta escala están directamente relacionadas con la presencia de atracones y conductas de alimentación descontroladas.

En definitiva, los datos contemplados en este trabajo destacan la gran relevancia social de los aspectos relacionados con la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria, considerados por algunos expertos como una epidemia en los países occidentales (Gordon, 2000). Como hemos visto, estos problemas parecen ser especialmente significativos en la muestra analizada, quienes parecen estar en riesgo elevado de desarrollar un problema de este tipo.

El rol preventivo que pueden ejercer profesores, psicólogos y en general cualquier profesional de la educación que trabaje con niños y jóvenes es indudable (Yager y O´Dea, 2005). Sin embargo, consideramos especialmente importante ampliar el conocimiento que poseemos

## **TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

sobre las actitudes, conocimientos y creencias de estos profesionales en esta área, así como sus propias situaciones de riesgo, pues cualquier intervención de tipo preventivo o clínico que se realice en este sentido debe partir de las mismas para resultar óptima.

Los datos que obtenidos en este trabajo y en otros estudios previos (O´Dea y Abraham, 2001; Yager y O´Dea, 2009) parecen indicar la necesidad de comenzar las tareas de formación e intervención en este área durante los primeros años universitarios de aquellos que serán futuros educadores y sanitarios. Destacamos además, junto con estos autores , la necesidad de implementar estrategias de intervención y prevención dirigidas específicamente a los estudiantes de nuestras universidades, a los deportistas y artistas en formación tal y como se viene haciendo desde hace años en otros países como Estados Unidos (Taylor, Bryson, Luce, Cuning, Doyle, Abacal, Wilfley, 2006). A pesar de no encontrarse en la etapa de la adolescencia, en la que el riesgo de este tipo de trastorno alcanza sus cotas máximas, los niveles observados son suficientemente alarmantes como para plantearse este tipo de intervenciones.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados de este estudio nos indican que existe un alto riesgo de desarrollar problemas alimentarios en poblaciones para las que el cuerpo es un instrumento importante para desarrollar su labor y en las que el peso y la estética juegan un papel importante en el perfeccionamiento de la técnica.

Las mujeres son más proclives a experimentar estos problemas, y los varones cada vez muestran índices más altos de problemática.

Es importante observar que en el mundo profesional y la élite las incidencias son mínimas y se podrían considerar anecdóticas, respeto a los datos que muestran los aficionados abrumadoramente más contundentes en sintomatología

Es necesario desarrollar programas de prevención basados en la información y divulgación de los problemas de conducta alimentaria, y formar con especial interés a los futuros sanitarios en estos aspectos cada vez más necesarios para realizar una buena detección y tratamiento de los mismos, igualmente hay que facilitar materiales adecuados a los educadores porque pueden realizar una extraordinaria labor de información y prevención.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychiatric Association (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: APA.
2. Andersen, A. (2005). Eating disorders in males. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.). Eating disorders and obesity, (2ª. Ed.). A comprehensive handbook. NY: The Guildford Press.

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO  
RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

3. Byrne, S., y McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: A review of the literature. *Journal of Sciences and Medicine in Sport*, 4, 145-159.
4. Cernuda, A. (2010a). Trastornos alimentarios y de la imagen corporal en alto rendimiento. Comunicación presentada en VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España.
5. Cernuda, A. (2010b). Incidencia de los trastornos alimentarios y de la imagen corporal en danza de alto nivel y en niveles básicos de formación. Comunicación presentada en XXVII Congreso Mundial de la Unesco de Investigación de la Danza, Córdoba, España.
6. Cernuda, A. (2011). Trastornos alimentarios y de la imagen corporal en poblaciones de riesgo: deportistas y artistas. En *Situación actual de la Psicología Clínica*. Comunicación presentada en IX Congreso Nacional de Psicología Clínica, San Sebastián, España.
7. Cernuda, A. (2012). Psicopatología de la danza. En *Investigación en Danza en España*. Ed. Mahali: Valencia.
8. Cernuda, A. (2013). Trastornos alimentarios en varones en poblaciones de riesgo: deportistas, artistas y modelos. Comunicación presentada en VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela. AEPC.
9. Cernuda, A. (2015). Necesidades psiquiátricas y psicológicas de artistas escénicos. Comunicación presentada en XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2015. "Compartir para crecer".
10. Contreras-Hernández, J., y Gracia-Arnáiz, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas*. Barcelona: Ariel.
11. Dale, K.S., y Landers, D.M. (1999). Weight control in wrestling: eating disorders or disordered eating? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1382-1389.
12. Davis, C., Katzman, D., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M.P., Woodside, D.B., y Kaplan, A.S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.
13. Engel, S., Johnson, C., Powers, P., Crosby, R., Wonderlich, S., Wittrock, D., y Mitchell, J. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4, 333-343.
14. Feldman, M.B. y Meyer, I.H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay and bisexual populations. *International Journal Eating Disorders*, 40(3):218-26
15. Filaire, E., Rouveix, M. y Bouget, M. (2008). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & Sports*, 23(2), 49-60. doi:10.1016/j.scispo.2007.10.009.
16. Garine, I., y Pollock, N.J. (Eds.). (1995). *Social aspects of obesity*. Amsterdam: Gordon and Breach Science Publishers.
17. Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO  
RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

18. George, D., & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Belmont, CA. Estados Unidos: Wadsworth Publishing Company.
19. Gordon, R. (2000). *Eating Disorders: Anatomy of a social epidemic*, (2ª Ed.). USA: Blackwell.
20. Ivkovic, A., Franic, M., Bojanic, I., y Pecina, M. (2007). Overuse Injuries in Female Athletes. *Croatian Medical Journal*, 48, 767-778.
21. Johnson, C., Powers, P.S. and Dick, R. (1999), Athletes and eating disorders: The national collegiate athletic association study. *Int. J. Eat. Disord.*, 26: 179-188
22. Lantz, C.D., Rhea, D.J., y Mesnier, K. (2004). Eating attitudes, exercise identity, and body alienation in competitive ultra-marathoners. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 14, 406-418.
23. Léonard, T., Foulon, C., y Guelfi, J.D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*, 2(2), 96-127.
24. Mazzeo, S., y Bulik, C. (2010). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67-82.
25. Miguel Tobal, F., Martín Díaz, M<sup>a</sup>.D., y Martín Díaz, E.M<sup>a</sup>. (1998). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el ámbito deportivo. Selección. *Revista Española de Medicina de la Educación Física y el Deporte*, 7(2), 95-108 (55-68).
26. Miguel Tobal, F., Martín Díaz, M.D., y Legido Arce, J.C. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas. *R.E.M.E.*, 5,11-12. Recuperado el 3 de junio de 2011 de <http://reme.uji.es/articulos/amiguf3982201103/texto.html>.
27. Morgenthal, A. P. (2002). Female athlete triad. *Journal of Chiropractic Medicine*, 1(3), 97-106.
28. Nattiv, A., Loucks, A.B., Manore, M.M., Sanborn, CF., Sundgot-Borgen, J., y Warren, M.P. (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *MedSci Sports Exerc*, 39(10), 1867-1882.
29. O´Dea, J., y Abraham, S. (2001). Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviours related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education* 33, 332-340.
30. Otis, C.L., Drinkwater, B., Johnson, M., Loucks, A., y Wilmore, J. (1997). American College of Sports Medicine position stand. The female Athlete Triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29(5), 1-9.
31. Reinking, M.F., y Alexander, L.E. (2005). Prevalence of disordered-eating behaviors in undergraduate female collegiate athletes and nonathletes. *Journal of Athletic Training*, 40, 47-51.

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO  
RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

32. Rouveix, M., Bouget, M., Pannafieux, C., Champely, S., y Filaire, E. (2007). Eating attitudes, body-esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *International Journal of Sports Medicine*, 28, 340–345.
33. Simas, J., y Guimarães, A. (2002). Ballet clássico e transtornos alimentares. *Revista da Educação Física/UEM*. Recuperado el 7 de junio 2011 de: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3709>.
34. Smolak, L., Murnen, S.K., y Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371–380.
35. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
36. Sundgot-Borgen J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3, 29–40.
37. Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414–419.
38. Sundgot-Borgen, J., y Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25–32.
39. Taylor, C., Bryson, S., Luce, K., Cunning, D., Doyle, A., Abacal, L., Wilfley, D. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63, 881-888.
40. Thiel, A., Gottfried, H., y Hesse, F.W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. A study of the low weight category in rowers and wrestlers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 259.
41. Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
42. Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
43. Turón, V.J. (1999). *Trastornos de la alimentación: ¿qué son la anorexia y la bulimia nerviosas? Respuesta a ésta y otras preguntas*. Barcelona: Masson.
44. Varela, G., y Silvestre, D. (2010). Nutrición, vida activa y deporte. En Palacios, N., *Trastornos de la conducta alimentaria y deporte (1a ed.)* (pp. 121-130). Madrid: Instituto Tomás Pascual.
45. Woerwag-Mehta, S., y Treasure, J. (2009). Causas de la anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica*, 16(1), 32–37. Recuperado el 6 de Julio de 2013 de: [http://doi.org/10.1016/S1134-5934\(09\)71888-3](http://doi.org/10.1016/S1134-5934(09)71888-3).
46. Yager, Z., y O’Dea, J. (2005). The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: What are the issues? *Eating Disorders*, 13, 261-278.



**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ADICCIONES EN ACTIVIDADES DE ALTO  
RENDIMIENTO: DEPORTE Y ARTE**

47. Yager, Z. y O'Dea, (2009). Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: Implications for school-based health education and obesity prevention programs. *Health Education Research*, 24(3), 472-482.