

P Latorre Forcén, A Barrera Francés.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Correspondencia:

Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa de Zaragoza.
platorref@gmail.com

*Trastornos de la conducta
alimentaria en el deporte:
detección y prevención.
A propósito de un caso*

*Eating disorders in sport:
detection and prevention.
About a case*

RESUMEN

Se ha objetivado un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios en los deportistas, sobre todo en las mujeres. Como factores de riesgo predisponentes destacan la edad (13-20) y la obesidad materna; entre los precipitantes, las críticas sobre el cuerpo; y como factor perpetuante, la consecuencia de la inanición (retraso menstrual superior a 3 meses). Debido a la gravedad de este trastorno, es fundamental realizar una adecuada detección y prevención. En este contexto, describimos un caso clínico como referencia para profundizar en esta patología muy relacionada con el ámbito deportivo.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria, deporte, mujeres

ABSTRACT

There has been an increased risk of eating disorders in athletes, especially in women. Predisposing risk factors include age (13-20) and maternal obesity; among precipitants, criticism of the body and as a perpetuating factor, the consequence of starvation (menstrual delay of more than 3 months). Due to the severity of this disorder, adequate detection and prevention is essential. In this context, we describe a clinical case as a reference to deepen this pathology closely related to the sports field.

Key words: eating disorders, sports, women

INTRODUCCIÓN

“Nadie puede ser feliz si no se aprecia a sí mismo”
Jean Jacques Rousseau.

El siguiente caso trata de una paciente de 15 años que acude a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de nuestro hospital derivada desde el Servicio de Urgencias por clínica compatible con el diagnóstico de Anorexia nerviosa de tipo restrictivo de varios meses de evolución, en contexto de cese de la actividad física a raíz de una lesión.

Nos ha parecido relevante abordar este tema, ya que el mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario entre los deportistas ha sido ampliamente estudiado. Con la presentación de este caso clínico queremos poner de relevancia la necesidad de realizar una adecuada detección y prevención para evitar que lleguen a desarrollarla.

ANTECEDENTES

Tanto la paciente como su madre niegan antecedentes psiquiátricos personales ni familiares de interés.

Como antecedentes médicos familiares, destacar que su madre presenta obesidad.

Psicobiografía: padres separados desde que la paciente tenía 3 años. Su madre dispone de su custodia con visitas a su padre cada dos semanas. Tiene una hermana de 11 años. En el domicilio familiar residen su madre, la pareja

de ésta desde hace 9 años y su hermana, manteniendo una adecuada dinámica familiar. Verbaliza no mantener una buena relación con su padre ni con la familia de este, a diferencia de su hermana pequeña. Identifica como persona de referencia a su madre. Tanto como su madre como la pareja de ésta se encuentran activos laboralmente.

Describen desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, consiguiendo alcanzar hitos sin ninguna dificultad. Tampoco relatan problemas en la alimentación, sueño, aprendizaje ni lenguaje.

Actualmente, estudia 4º de la ESO con buen rendimiento académico y adecuada relación con el resto de iguales. Juega a baloncesto varias veces por semana con elevado nivel de exigencia.

Se define como una persona que “me exijo mucho a mí misma... no me gusta expresar mis sentimientos con la gente, salvo con mi familia...”

ANAMNESIS

La paciente acude a nuestra Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria remitida desde el Servicio de Urgencias donde fue derivada por su Médico de Atención Primaria por disminución de la ingesta y pérdida abrupta de peso (4 kgs de peso en los últimos 7 días, sumados a los 14 kgs perdidos en los 3 últimos meses).

En el episodio actual, la paciente refiere que tras presentar una lesión en el tobillo durante un partido de baloncesto, para seguir manteniendo una forma física “adecuada” debido a que tenía que permanecer en reposo, sin realizar ninguna actividad física, decidió “cerrar la boca para no engordar y que el equipo pudiera seguir contando conmigo... no quería perder mi forma física, ni quería recuperar los kilos que había perdido... al final hacía ejercicio por mi cuenta y dejé de comer... adelgacé 4 kilos en una semana”.

Describe que después de sufrir la lesión, comenzó a querer perder peso, ya que sus compañeras de equipo “hablaban de calorías y comencé a fijarme más en lo que comía...”

Según su familia, apenas comía alimentos sólidos, sólo agua o té, y estos meses previos “cuando comía algo o bebía agua, se pesaba para ver cuánto había engordado”. Coincidiendo con el inicio de la disminución en la ingesta, la paciente ha comenzado a estar más retraída

e irritable, presentando aislamiento social y un discurso centrado en dismorfofobia corporal y control de peso y alimentación (“antes era una chica alegre, siempre estaba haciendo bromas, pero ahora no se puede hablar con ella... tiene muy mal humor”).

Al llegar a la Unidad, la paciente presentaba un IMC de 15,47 y amenorrea de más de 6 meses de evolución.

Relata que en el colegio previamente se metían con ella por su físico (presentaba sobrepeso) “me llamaban gorda desde infantil a 1ª de la ESO...”, por ello su pediatra “me puso a dieta con 11 años, adelgacé 13kgs, pero luego los volví a recuperar...”. Refiere que tras la lesión cuando adelgazó 14kgs, “todo el mundo me decía lo bien que estaba...”

EXPLORACIONES

Exploración psicopatológica

La paciente se encuentra consciente, alerta y bien orientada, auto y alopsíquicamente. Parcialmente colaboradora. Se objetiva marcada delgadez. Sin alteraciones en el habla ni curso del pensamiento. Discurso coherente y organizado, centrado en control de las ingestas (calorías, cantidad...). No se objetiva clínica ansiosa, afectiva mayor ni psicótica, si bien se aprecia en primer plano una disminución en la reactividad emocional, con incremento de la irritabilidad y aislamiento social. Dismorfofobia corporal. Normosomnia. Hiporexia con restricción alimentaria y pérdida ponderal, con conductas compensatorias en forma de aumento de la actividad física, pero sin presentar conductas purgativas. Niega presentar ideación autolítica ni autolesiva. Nula conciencia de enfermedad. Juicio de realidad conservado.

Pruebas complementarias:

- Analítica general: sin alteraciones significativas.
- WISC-IV: CI total de 75.
- CEDI: depresión moderada.
- RSE: Autoestima baja
- MACI: sentimientos de ansiedad.

Diagnóstico

- Anorexia nerviosa restrictiva (F 50.0 de la CIE-10).

TRATAMIENTO

Se trabajó con la paciente psicoterapia cognitivo-conductual, psicoeducación tanto con ella como con su familia, entrevista motivacional, y finalmente se instauró tratamiento psicofarmacológico con fluoxetina.

EVOLUCIÓN

Al inicio de su llegada a la Unidad, la paciente presentaba una actitud oposicionista, marcada irritabilidad, con escasa conciencia de enfermedad e importante dismorfofobia corporal. Se inició terapia cognitivo-conductual intensiva con buena respuesta, y con adecuada motivación, ya que la paciente ha presentado una evolución favorable, manifestando un buen insight, capacidad de introspección, y realizando crítica de lo sucedido (“quiero volver a ser la de antes... no me veo bien tan delgada... quiero ganar peso...”), cediendo dismorfofobia corporal y mejorando clínica afectiva hasta alcanzar la eutimia. Dicha mejoría fue corroborada por su familia; transcurridas dos semanas de intervención psicoterapéutica, la paciente comenzó a aumentar ingestas y “a esforzarse... además ha vuelto a sonreír”).

Posteriormente, transcurridas tres semanas, la paciente inició conductas de aumento de ingestas en relación a incremento de ansiedad “he pasado de no comer a no poder controlarme y comer solo dulces...”. Se instauró tratamiento con fluoxetina hasta dosis de 40mg/día, con buena respuesta y tolerabilidad para controlar conductas impulsivas con la comida.

Asimismo, recuperó la menstruación y su peso previo, pudiendo retomar actividad deportiva.

Paralelamente, se realizó psicoeducación en relación a la actividad deportiva desmitificando la “necesidad” de permanecer en un bajo peso para estar en forma, favoreciendo hábitos de vida y dietéticos saludables.

DISCUSIÓN

Según estudios realizados, se ha objetivado un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios en los deportistas en comparación con aquellos que no lo realizan, considerando en ocasiones a la práctica deportiva como una profesión de riesgo, al exigir a sus deportistas tener bajo peso.

A lo largo de las últimas décadas se ha observado un creciente aumento en la prevalencia de anorexia

nerviosa (AN) en la población adolescente, que oscila entre el 0,5 y un 1% afectando, en más del 90% de los casos a mujeres (1). De forma paralela cada vez son más las mujeres preocupadas por su aspecto físico que practican deporte y por tanto, también son más las que pueden verse afectadas por este problema. Este hecho tiene gran relevancia ya que los pacientes con anorexia nerviosa tienen una tasa de mortalidad seis veces mayor al estándar de la población general, con un elevado riesgo de mortalidad a largo plazo (20% a los 20 años), una baja tasa de recuperación, una co-morbilidad alta y un elevado riesgo de recaídas.

La mayoría de los estudios afirman que en el ámbito deportivo se refleja una prevalencia de TCA (13,5%) superior a la hallada en la población general (4,6%), especialmente para determinadas especialidades deportivas. Basándonos en dos estudios realizados en España en la población de mayor riesgo, mujeres de 12 a 21 años se encontró una prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41% y una incidencia de 23%, cinco veces superior a la de la población general.

En cuanto a la etiopatogenia, se puede hacer mención a algunos de los múltiples factores de riesgo implicados y diferentes desencadenantes, como hacer dieta para bajar de peso, recibir comentarios críticos sobre el aspecto físico o padecer cambios en la redistribución de la grasa durante la pubertad, por lo que la hipótesis de una causa única queda prácticamente descartada. Asimismo, se encuentran los llamados modelos de relación causal, Modelo de anorexia propuesto por Epling y Pierce según el cual la realización de un ejercicio físico intenso desencadenaría una respuesta hormonal supresora del apetito, con alteraciones en los niveles de hormonas leptina y adiponectina, relacionadas con el apetito y la saciedad, por lo que un exceso de entrenamiento conlleva una disminución del aporte calórico favoreciendo la aparición de desórdenes alimentarios.

Numerosos estudios llevados a cabo en las últimas décadas han puesto de relieve la elevada actividad física como un rasgo común en la mayoría de los pacientes diagnosticados con AN, cuya resistencia a guardar reposo complica su tratamiento.

Se ha determinado que los factores predisponentes en los TCA pueden ser genéticos, sociales, biológicos y psíquicos que interactuarían entre sí contribuyendo al desarrollo de estas patologías (modelo biopsicosocial).

Entre los factores de riesgo predisponentes destacan la edad (13-20) y la obesidad materna; entre los precipitantes, las críticas sobre el cuerpo; y como factor perpetuante, la consecuencia de la inanición (retraso menstrual superior 3 meses). Todos estos factores son cumplidos por la paciente que hemos descrito en el caso anterior.

Además se han descrito otros factores (2) como la presión social que demanda un ideal estético de belleza basado en la delgadez, las presiones de los compañeros del equipo (es fundamental el papel que ejerce el grupo de iguales sobre la percepción corporal y la preocupación por el peso), la presión del deporte (preocupación por el peso y la figura), las características psicológicas del deportista: la vulnerabilidad (perfeccionismo, compulsividad, elevadas expectativas tanto del deportista como de los demás sobre él) y la presión del entrenador (dar excesiva importancia al peso).

La práctica totalidad de los estudios (5) en los que se ha realizado una revisión sobre el tema coinciden en que una adecuada información nutricional de base constituye una herramienta muy útil en la prevención de este tipo de trastornos, desmitificando lo relacionado con la imagen corporal y el peso con respecto al mundo deportivo. Se debería ampliar el conocimiento sobre una nutrición saludable, así como de los criterios diagnósticos de estos trastornos para poder reconocerlos e identificarlos a la mayor brevedad dirigidos a aquellas personas relacionadas con el mundo deportivo (entrenadores, deportistas, familiares...).

Los médicos relacionados con el deporte (3) deberían de estar concienciados y disponer del conocimiento adecuado para la detección de dicha patología, ya que desempeñan un papel fundamental en la toma de decisiones, realizando un cribado de este tipo de trastornos y de las consecuencias físicas derivadas de éstos. En la actualidad (6), los exámenes médicos realizados a deportistas no contienen herramientas para detectar estos trastornos, por lo que sería aconsejable añadirlos con el fin de mejorar su detección. En caso de detectar un caso, sería recomendable que el paciente recibiera un tratamiento multidisciplinar.

Individuos con síntomas muy leves y que no reúnen los criterios de inclusión (1), pueden sufrir trastornos de este tipo si no llegan a corregir unos hábitos alimentarios erróneos. Es lo que se conoce como desórdenes alimentarios subclínicos recientemente identificados en

atletas femeninas y que deberían igualmente ser objeto de seguimiento, en aras a contribuir a un mayor control y prevención de esta enfermedad.

Para ello (4), se ha estudiado que los programas educativos/psicoeducación son el mejor método de prevención primaria de los trastornos alimentarios. Como prevención secundaria, una rápida detección de los síntomas es esencial y debería hacerse por exámenes previos, la identificación de estilos de dietas o marcadores dietéticos y el uso de cuestionarios validados o de entrevistas clínicas.

La implantación de Programas de intervención para deportistas en los que se ha combinado educación en nutrición y prevención de TCA han puesto de manifiesto una mejora de los conocimientos nutricionales y una disminución de las conductas alimentarias anormales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres V, Ruiz JC, et al. Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas. *Hig Sanid Ambient* 2013; 13: 1108-1121.
2. Díaz I. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. Cuadernos de Psicología del Deporte Dirección General de Deporte-CARM. 2005. Vol. 5, núms. 1 y 2 Facultad de Psicología ISSN: 1578-8423.
3. Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares Ede A. Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med* 2014; 5: 105-13. doi: 10.2147/OAJSM.S36528.
4. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med* 2016; 50: 154-62. doi: 10.1136/bjsports-2015-095735.
5. McLester CN, Hardin R, Hoppe S. Susceptibility to eating disorders among collegiate female student-athletes. *J Athl Train* 2014; 49(3):406-10. doi: 10.4085/1062-6050-49.2.16. Epub 2014 Apr 24.
6. Wagner AJ, Erickson CD, Tierney DK, Houston MN, Welch CE. The Diagnostic Accuracy of Screening Tools to Detect Eating Disorders Among Female Athletes. *J Sport Rehabil* 2016; 25: 395-398.