TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DISTORSIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN DEPORTISTAS DE ÉLITE

SONIA FARGAS MEXIA

INSTITUT JOAQUIM BLUME

TUTORA: IGONE ANGULO

3 DE NOVIEMBRE DE 2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mi tutora, Igone Angulo, la ayuda y apoyo que me ha ofrecido durante toda la elaboración del trabajo.

En segundo lugar quisiera agradecer al catedrático en Psicología y Pedagogía Francesc Rovira i Toda el haberme dedicado parte de su tiempo y conocimiento, ya que me ha sido de gran ayuda para mi trabajo, así como a las dos chicas entrevistadas, cuyo anonimato quiero preservar, que me han aportado una visión mucho más interna al trabajo y gracias a ellas he logrado comprender la complejidad de una mente que sufre un trastorno alimentario.

Por último, doy las gracias a las ochenta personas encuestadas que han dedicado parte de su tiempo a mi estudio.

Índice

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS 1

2. IMAGEN CORPORAL 2

2.1. Definición de imagen corporal 2

2.2. Alteraciones de la imagen corporal 4

2.3. Percepción de la imagen corporal en relación a la autoestima 4

2.4. Evaluación de la imagen corporal y sus alteraciones 6

2.5. Implicación de la imagen corporal en el deportista de élite 7

3. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL 8

3.1. Factores sociales y culturales 8

3.2. Edad 8

3.3. Sexo 10

3.4. Medios de comunicación 10

3.5. La familia 11

3.6. El entorno deportivo 11

4. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) 12

4.1. La anorexia 12

4.2. La bulimia 13

4.3. La vigorexia 14

4.4. La ortorexia 17

4.5. TCA en la actividad física y en el deporte 21

5. TRATAMIENTO DE LOS TCA EN DEPORTISTAS DE ÉLITE 25

5.1. Introducción 25

5.2. Antes del tratamiento 27

5.3. Marco del tratamiento 27

5.4. Los pasos del tratamiento 29

5.4.1. Desarrollar motivación para el cambio 29

4.4.2. Objetivos que hay que alcanzar en el tratamiento 30
4.4.3. Secuenciación del tratamiento 34
4.5 Conclusión de los tratamientos 35

6. CONCLUSIÓN 36

7. BIBLIOGRAFÍA 37

8. ANEXO –TRABAJO DE CAMPO 39
8.1. Encuestas 39
8.1.1. Formulario de encuestas 39
8.1.2. Resultado gráfico de las encuestas 45
8.1.3. Análisis de las encuestas 61
8.1.4. Tabla resultado de las encuestas 63
8.2. Entrevistas 64
8.2.1. Entrevista con el catedrático en Psicología y Pedagogía Francesc Rovira i Toda 64
8.2.2. Entrevista a la deportista de patinaje artístico sobre hielo afectada de anorexia 67
8.2.3. Entrevista a la deportista de natación sincronizada afectada de anorexia 71
8.2.4. Análisis de las entrevistas a las deportistas 76

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la sociedad actual, los medios de comunicación y la publicidad, han hecho que se dé mucho valor al aspecto físico y a la imagen, a veces incluso más importancia que a otras aptitudes. Es decir, el aspecto físico puede representar una gran ventaja para tener éxito. Por este motivo, hay gente que se obsesiona en alcanzar un cuerpo perfecto. Querer tener una imagen del cuerpo perfecto no significa padecer una enfermedad mental, pero sí puede llevar a tener más posibilidades de tenerla.

Cuando se compara el grado de satisfacción corporal de la gente de ahora con la gente hace 10, 20 o 30 años, la autopercepción corporal es peor; y este puede ser el motivo por el que la anorexia, la bulimia o la vigorexia (trastornos asociados a una percepción alterada de la imagen corporal), están aumentando de manera preocupante.

Como deportista, mi idea inicial era hacer un trabajo relacionado con el deporte, y al buscar información, me llamó la atención el tema de la vigorexia, que es un trastorno donde existe una adicción a hacer ejercicio físico. A través de este trastorno alimentario amplié al resto de los TCA. A lo largo de mi vida deportiva he podido observar como personas cercanas a mí hacían ejercicio físico extra o seguían una dieta especial con la intención de estar físicamente "perfectos". Hasta ahora no creía que esta conducta fuera un trastorno; por este motivo me interesa profundizar en este tema. Además, al hacer la búsqueda por Internet, he encontrado que la base de este problema surge de la percepción alterada de la imagen corporal.

Mi hipótesis es: ¿tiene el deportista de élite una mayor probabilidad de padecer un TCA?

El principal objetivo del trabajo es hacer una revisión sobre la percepción de la imagen corporal y averiguar cuál es la exposición que tiene un deportista de élite a los trastornos de conducta alimentaria y a los problemas de percepción de la imagen corporal.

No se trata de hacer un diagnóstico de enfermedad o de alteraciones de la conducta alimentaria, sino de conocer qué factores influyen en la percepción y en el grado de insatisfacción de la imagen corporal y si este hecho es diferente en personas deportistas o en personas que no practican deporte de una población como Barcelona.

2. IMAGEN CORPORAL

2.1. Definición de imagen corporal

La preocupación por la imagen corporal se ha desarrollado a lo largo de la historia de los diferentes pueblos y culturas. Los cánones de belleza varían con el paso del tiempo en las civilizaciones. En las sociedades industrializadas y modernas, los medios de comunicación y la publicidad han provocado que se dé mucho valor al aspecto físico, a veces incluso más que a otras aptitudes.

El aspecto físico puede tener grandes ventajas para lograr el éxito. La presión de los medios de comunicación hacia la consecución de un cuerpo ideal para lograr una imagen socialmente deseada ha desempeñado un papel esencial en la aparición y/o aumento de nuevas patologías mentales. En la actualidad el canon de belleza es el cuerpo. Se vive por y para el cuerpo. Este fenómeno se engloba bajo la concepción del culto al cuerpo. Querer tener una imagen del cuerpo perfecta no quiere decir sufrir una enfermedad mental, pero sí significa que, el riesgo de sufrirla, aumenta.

El concepto de imagen corporal es necesario para explicar aspectos importantes de la personalidad, como la autoestima, y para explicar algunas alteraciones psicológicas, como son los trastornos alimentarios. También es necesaria para explicar la integración social de los adolescentes.[1]

[1] *Baile Ayensa J. Cuaderns del Marqués de San Adrian. Revista de humanidades(2003)*

Según Skrzypek “el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable.” Los TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia, se diagnostican cada vez más a los jóvenes y por esta razón es un tema de gran actualidad. El hecho de tener alterada la imagen corporal puede llevar a que se padezca un TCA. Es por este motivo, que es importante definir y entender qué es la imagen corporal.

A mediados del siglo XX, Schilder definió la imagen del cuerpo como la figura de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, que es la forma en la que nuestro cuerpo nos representa a nosotros mismos. Esta imagen depende de los sentimientos de autoconsciencia y esta socialmente determinada. Variará en función de nuestras experiencias a lo largo de nuestra vida e influirá en la manera de percibir el mundo que nos rodea, así como también en nuestro comportamiento.[2]

La definición más reciente de la imagen corporal es que se trata de un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.[3]

Esto significa que la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo.

[2] *Schilder P. N.Y., International Press (1950)*
[3] *3Raich, Rosa Maria. “Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo”. Ediciones pirámide. 2009. ISBN:8436814428978843681442 2*

2.2. Alteraciones de la imagen corporal

La preocupación por la imagen corporal se considera una enfermedad dependiendo del grado de repercusión en la vida diaria. El término que se usa en la actualidad es el de imagen corporal, asociado a los trastornos de alimentación (TCA). La alteración de la imagen corporal se divide en un componente afectivo, la *insatisfacción corporal* que sería el grado en el que los sujetos valoran o desprecian su cuerpo, y otro componente más perceptivo que sería la *distorsión de la imagen corporal* que supone la imprecisión en la determinación del tamaño corporal.[4]

Se considera una alteración grave en la percepción de la imagen corporal cuando se cumplen los criterios siguientes:

1. Preocupación por algún defecto imaginado de tu aspecto físico
2. Provocación de un malestar clínicamente significativo o una repercusión negativa en el trabajo, la familia o las relaciones sociales a causa de la preocupación por alguno de estos defectos.
3. Se descartan otros trastornos mentales que puedan causar esta preocupación, únicamente sucede en la distorsión de la imagen corporal.[5]

2.3. Percepción de la imagen corporal en relación a la autoestima

La satisfacción con nuestro propio cuerpo tiene gran influencia sobre la autoestima. Por eso una persona que no está satisfecha con su cuerpo será difícil que tenga una imagen positiva de sí misma y por consiguiente su autoestima también será baja. Por ello las probabilidades de que padezca trastornos emocionales y de estado de ánimo son elevadas.

---

[4] *FranciscoToledo*
http://www.cofrm.com/web/DocArt.nsf/bea428f51c2c089fc1256c7300429e64/b82d7d0b5bff5b95c12570fc0040c61b/$FILE/CONFERENCIA%20FRANCISCO%20TOLEDO.pdf

[5] *American Psychiatrists association. D.SM-IV. Washington,DC:American Psychiatric Association (2000)*

La percepción de la imagen corporal se utiliza a menudo como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen. La autoestima es una especie de "sociómetro" que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en la sociedad."[6]

Una de las principales funciones que desempeña la autoestima es evitar la exclusión social. Las personas tratan de manejar la impresión que causan en los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión. A través de la autoestima las personas intentan alcanzar la plenitud y plena expresión de sí mismos. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o falta de él , etc.

Las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor. Con más frecuencia se refuerzan a si mismos y a otros. También se auto-afirman y son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas. Otra característica es, que son poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo.

Cabe destacar, también, que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se basa esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas falsas.[7]

Los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede al atractivo para triunfar en todas las áreas de la vida y los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal.

[6] Aramburu y Guerra, (2001)
[7] *Toro (1996) y Rosen y Ramírez (1998)*

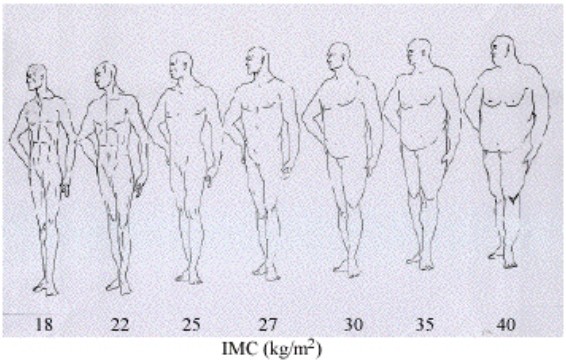
2.4. Evaluación de la imagen corporal y sus alteraciones

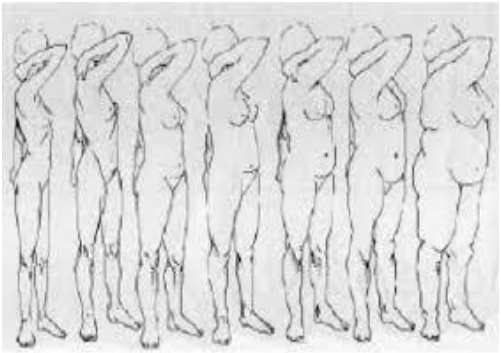
La mayoría de propuestas para analizar la imagen corporal se hacen para detectar algún trastorno o alteración y no para valorar la imagen corporal como tal.

En España el cuestionario MBSQR[8] proporciona una herramienta útil para valorar la imagen corporal. Se tienen en cuenta cuatro factores:

1. La importancia subjetiva de la corporalidad (ISC)
2. Las conductas orientadas a mantener la forma física (COMF)
3. El atractivo físico autoevaluado (AFA)
4. El cuidado del aspecto físico (CAF)

Otro método es la valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Se pretende valorar la percepción de la imagen corporal de un grupo de sujetos mediante el uso de modelos anatómicos y comparar dicha percepción con los valores reales del índice de masa corporal (IMC), con objeto de detectar posibles alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal. Para ello se diseñan varios modelos anatómicos para ambos sexos correspondientes a valores de IMC de X kg/m2. Cada persona, de las que forman la muestra tendrá que elegir el modelo con el que mejor se identifica. Posteriormente, se tallan y pesan y se calcula el IMC real comparándolo posteriormente con el IMC percibido.[9]





[8] *Benito J, Botella L, Ribas E. Revista argentina de clínica psicológica XVIII (2009)*

[9] *Montero, P., Morales, E. M., Carbajal, A., 2004, Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Antropo, 8, 107-116. www.didac.ehu.es/antropo*

2.5. Implicación de la imagen corporal en el deporte

En las últimas décadas se han producido dos hechos que ha incrementado la patología relacionada con el deporte:

- aumento del número de mujeres que realiza actividad física intensa y de competición.

- incremento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

La pregunta clave es si los deportistas desarrollan más trastornos de la conducta alimentaria.

Los factores de riesgo de los deportistas son:

- Tipo de deporte: los de mayor riesgo son los que exigen una imagen corporal característica.
    - Deportes en los que se puntúa de forma subjetiva la delgadez (gimnasia, patinaje artístico, natación sincronizada...)
    - Deportes que implican un cuerpo libre de grasa para un rendimiento óptimo (carrera de larga distancia, triatlón)
    - Deportes con categoría de peso específicas (boxeo, lucha, judo)
- Personalidad del deportista: altas expectativas personales y perfeccionismo.
- Énfasis en el peso corporal para mejorar el rendimiento o la apariencia.
- Presión para perder peso por parte de los entrenadores, padres o jueces.
- Especialización temprana en el deporte.
- Deseos de ganar a cualquier costa.
- Lesiones o enfermedades que le lleven a ganar peso y luego conductas encaminadas a perderlo rápidamente.
- Periodos conflictivos: adolescencia, retirada de la carrera deportiva.

Muchos estudios han constatado que las alteraciones de la percepción de la imagen corporal y los trastornos alimentarios son mayores en las deportistas.

3. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

3.1. Factores sociales y culturales

La presión social y cultural que una persona percibe es la principal causa de insatisfacción corporal. El concepto de belleza depende de la cultura, y a lo largo de la historia este concepto ha ido cambiando. En la cultura occidental, el ideal estético de estar delgado y las críticas al cuerpo que hacen los padres, parejas, amigos o personas del entorno, se relacionan con la insatisfacción corporal de manera que los tres elementos más importantes de presión social son los medios de comunicación, el entorno social y la familia.

Cuanta más presión se recibe respecto a la imagen idealizada, más aumenta la preocupación por la imagen. Cada día se da más importancia al culto al cuerpo. La interiorización de lo que está de moda y de lo que se considera bello, puede provocar conflictos de identidad, en los que la persona se enfrenta a la imagen que ve en el espejo (que puede o no puede gustar).

3.2. Edad

La percepción de la imagen corporal va cambiando a lo largo de la vida de la persona de acuerdo con las experiencias que tiene. El principal momento de la vida en que la insatisfacción corporal puede dar lugar a diferentes trastornos es la adolescencia. Es una etapa en la cual la persona se plantea más retos y objetivos, ya que el crecimiento físico, en este momento de la vida, va acompañado de un desarrollo emocional e intelectual muy rápido.

También hay que tener en cuenta que la influencia del ambiente que envuelve a los adolescentes, hace que la percepción de la imagen se modifique constantemente. Según el psicólogo Francesc Rovira, “la adolescencia es una de las edades con mayor compromiso en la imagen corporal… En la adolescencia, son frecuentes los casos de

TCA severos como la anorexia y la bulimia, debido a la presión social por estar delgado. La mayor prevalencia de TCA se sitúa en los adolescentes (media de edad alrededor de los 15 años) y adultos jóvenes (19 a 23 años), aunque ya se diagnostican casos prepuberales de 10 a 12 años."

Durante la edad madura y la tercera edad, la presión social por estar delgado disminuye, y por eso hay muchos menos casos de TCA en estas edades. Aunque la preocupación por estar delgado va desapareciendo con el paso de los años, las personas cuando se van haciendo mayores siguen manteniendo la preocupación por la imagen corporal.

Hasta ahora se creía que con el envejecimiento, la preocupación por la apariencia física disminuía hasta llegar a desaparecer en muchos casos. Pero esto no es del todo cierto, ya que en realidad lo que sucede, es un cambio en la preocupación sobre otros aspectos relacionados con hacerse mayor, como lo son las arrugas, las canas, la caída del pelo etc. Los cambios que suponen el hecho de envejecer, hacen que la persona vaya variando su propia autoimagen, y en numerosos casos hay una gran diferencia entre la imagen deseada y a imagen real.

Una imagen corporal positiva refuerza un estado saludable. Se potencia la voluntad de hacer ejercicio y otras conductas, que favorecen una buena salud, mientras que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos psicológicos, baja autoestima, falta de motivación y peor calidad de vida. También comenta Francesc Rovira que las persones de más de 50 años con una buena salud, siguen preocupándose por su apariencia física de manera similar a cuando eran más jóvenes.

La preocupación por la imagen no desaparece con la edad, pero los motivos de insatisfacción son diferentes dependiendo de ésta. Los jóvenes se preocupan por estar delgados, mientras que los adultos lo hacen por otros aspectos relacionados con el envejecimiento que, constantemente, los va alejando de su ideal físico, al contrario de los adolescentes, que intentan acercarse a éste. De hecho cada vez hay más mujeres mayores de 65 años que consultan centros de estética y cirugía plástica.

3.3. Sexo

Las mujeres están más preocupadas por mantener una buena figura y una imagen juvenil para ser más valoradas y más atractivas, mientras que los hombres se preocupan menos por su aspecto físico. Según Francesc Rovira, los casos de TCA son más frecuentes en las chicas, (10 chicas por cada chico). Esto es debido a que las chicas tienen una mayor preocupación por su imagen corporal proveniente de factores genéticos prenatales, hormonales y de entorno social influyente. Las mujeres presentan en general un mayor grado de insatisfacción corporal que los hombres en todas las épocas de la vida, desde la adolescencia hasta la tercera edad, aunque estas diferencias son menos importantes en la edad adulta. Sin embargo, las mujeres mantienen el grado de insatisfacción corporal a lo largo de toda su vida. Pero es interesante comentar que el hecho de dar importancia a la apariencia física, y en concreto al tamaño y al peso, disminuye con el paso del tiempo.

3.4. Medios de comunicación

La presión social y cultural tienen menos influencia sobre la insatisfacción corporal en las personas adultas que en los jóvenes. Las mujeres están más influenciadas que los hombres por la publicidad, los mensajes verbales y los modelos sociales, y esta influencia disminuye con el paso de los años. Así pues, es evidente que la publicidad y

el entorno tienen una influencia negativa en la percepción de la imagen, sobre todo en la adolescencia y en el sexo femenino.

3.5. La familia

El papel de la familia es fundamental en la prevención de la distorsión de la imagen corporal que conlleva, en la gran mayoría de los casos, desarrollar un TCA. Hay una relación estrecha entre las diferentes actitudes parentales, las distintas estructuras o modelos de funcionamiento de la familia y el desarrollo de psicopatologías determinadas como lo es un TCA [10] .

Son destacables ciertos rasgos característicos de las familias que pueden provocar el desarrollo de un trastorno de alimentación. Por ejemplo, en el caso de haber poca comunicación entre los miembros de la familia, ser incapaz de solucionar problemas, falta de capacidad de adaptación a nuevas situaciones, la falta de iniciativa y de autonomía de los hijos a causa de la sobreprotección de los padres, altas expectativas de los padres hacia sus hijos, antecedentes familiares de alcoholismo y depresión y cuando hay abusos sexuales y/o físicos en la familia.

3.6. El entorno deportivo

La constante presencia del entrenador y de los compañeros de equipo de los distintos deportistas, les atribuye un papel de gran peso en la percepción de la imagen corporal de los distintos deportistas. Normalmente son abundantes los comentarios hacia el físico de las personas en el entorno deportivo; ya sea por la mejora del rendimiento que puedan aportar los diferentes tipos de cuerpo o simplemente por el atractivo físico. En este último caso, en el sexo masculino suele apostarse por un cuerpo fuerte. En cambio, en el sexo femenino se busca un cuerpo estilizado. Además está comprobado por Dosil[11], que las mujeres están más afectadas por el entorno deportivo que los hombres y, al finalizar la temporada o la etapa deportiva, les cuesta más retomar un pensamiento normal acerca de su cuerpo.

---

[10] *Gómez 1996 citado en "Trastornos de Alimentación en el deporte" J.Dósil 2003*
[11] *Trastornos de Alimentación en el deporte" J.Dósil 2003 páginas 36 - 37*

4. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMERNTARIA (TCA)

4.1. La anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa está caracterizada por la restricción voluntaria de los alimentos. Este trastorno se basa en el deseo incontrolado de adelgazar, lo que supone una oposición a comer.

Las características principales son la autolimitación severa de la ingesta alimentaria, percepción distorsionada de la imagen corporal, alterando la propia percepción del peso o la silueta, dándole demasiada importancia en su autoevaluación y sin considerar el peligro que puede suponer el bajo peso corporal; alteraciones de la conducta que ayudan a evitar las comidas y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, a pesar de la continua delgadez por debajo de lo que se considera normal, que puede provocar la desnutrición.

En las mujeres que ya han pasado la pubertad, es habitual que se retrasen o ausenten los ciclos menstruales a causa de la desnutrición. Y en casos avanzados, puede aparecer la amenorrea. Se considera que una mujer padece amenorrea cuando sus ciclos menstruales solo aparecen con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos.

4.2 La bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa fue considerada en unos inicios una fase transitoria de la anorexia nerviosa llamada anorexia nerviosa compulsiva, en la que la ingesta de alimentos era descontrolada y surgían unos actos compensatorios asociados. En la posterioridad este tipo de conducta ha adoptado un nombre propio, bulimia nerviosa, caracterizada por el descontrol en cuanto a la ingesta de alimentos.

Las conductas bulímicas se definen por lo tanto por actos de una gran ingesta de alimentos descontrolada que provoca un malestar psicológico o físico en las personas afectadas, ya sean pacientes obesos o pacientes de anorexia nerviosa compulsiva o bulimia nerviosa.

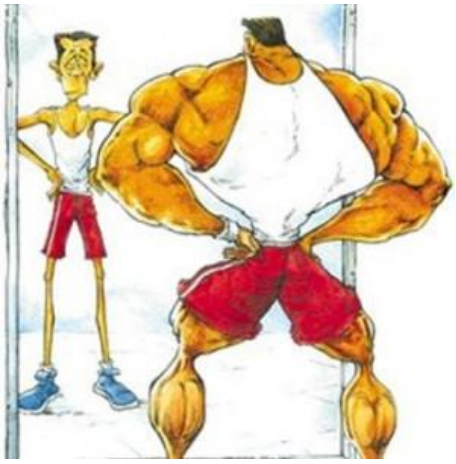
Las principales características de la bulimia son:

- Una autoevaluación influida exageradamente por la silueta y el peso del cuerpo
- Una alteración de la imagen corporal
- Presencia de abundantes atracones que se caracterizan por una ingesta alimentaria mucho más abundante de lo normal, en un período breve de tiempo (ejemplo: 2h) y por una sensación de pérdida de control sobre lo que uno come (ejemplo: no saber parar de comer o no poder controlar las cantidades que se comen.)
- Aparición de conductas reiterativas no apropiadas para no engordar como son los vómitos provocados, uso de laxantes, enemas, diuréticos u otros fármacos, ejercicio físico o ayunos.
- La frecuencia del proceso de atracones, con las conductas compensatorias, es de unas dos veces por semana durante tres meses de promedio.

La bulimia nerviosa puede subdividirse en dos grupos, de tipo purgativo y de tipo no purgativo.

En la bulimia de tipo purgativo, es habitual el uso de laxantes, diuréticos, enemas… Y, sobre todo, se recurre a los vómitos provocados después los atracones. En cambio, en el tipo no purgativo, las personas afectadas emplean otros métodos compensatorios no apropiados, como el ejercicio físico intenso o las ayunas, pero no suele recurrir de forma habitual a los vómitos o fármacos diuréticos.

4.3. La vigorexia



El ejercicio es beneficioso para la salud porque, practicado con moderación, disminuye el riesgo cardiovascular, reduce la presión arterial, retrasa la aparición de la diabetes en personas con predisposición genética a tenerla y favorece el tono muscular, la movilidad, y evita la obesidad. Sin embargo, no es bueno abusar de la actividad física. Un exceso de ejercicio, hasta el punto de convertirse en una obsesión, puede llevar a consecuencias negativas en la salud y en la vida de la persona.

El término "vigorexia"**,** se refiere a la sensación de estar demasiado delgado que tienen algunas personas atléticas [12]. Igual que un anoréxico se mira al espejo y se ve gordo, el vigoréxico se ve raquítico, aunque tenga los músculos muy trabajados.

[12] *Choi P, Gruber A, olivarda R, Phillips, K. Pope H. Psychosomatic (1997)*

Hay dos conceptos importantes para entender en qué consiste la vigorexia, también conocida como dismorfia corporal, anorexia inversa o complejo de Adonis. El primer concepto es el de la percepción corporal, ya que en la vigorexia existe una distorsión de la percepción de la imagen corporal, concepto que he comentado antes. El segundo concepto es el de adicción, que según la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad física y psico-emocional, que consiste en una dependencia a una sustancia, actividad o relación[13].

La vigorexia es un tipo de socioadicción [14], y no es considerada una enfermedad como la anorexia, dado que la obsesión al ejercicio difícilmente pone en peligro la salud física. Las personas con vigorexia practican ejercicio de forma continuada y exagerada, buscando la figura perfecta, hasta el punto de poner a prueba constantemente su cuerpo sin tener en cuenta las consecuencias, sintiéndose culpables cuando no lo pueden hacer o alguien critica su actividad. Afecta a entre el 1% y el 10% de los usuarios habituales de los gimnasios, típicamente del sexo masculino y entre los 15 y los 35 años [15]. El culturismo es uno de los deportes que más se ha relacionado con la vigorexia[16].

Los síntomas de la vigorexia son: [17]

- Preocupación por tener un cuerpo delgado y musculoso.
- Alteración de la percepción del propio cuerpo sin ser capaz de ver con objetividad las dimensiones corporales reales aunque tenga un cuerpo grande y musculoso, y eso le provoca insatisfacción. Permanentemente se observa en el espejo.
- Pensamientos obsesivos y permanentes por no ser suficientemente grande.
- Poca conciencia sobre la autopercepción corporal.

---

[13] *Adicción. http://es.wikipedia.org/wiki/Adicción*

[14] *Se puede hablar de socioadicción cuando una actividad, no necesariamente nociva, escapa al control de la persona y aun sabiendo las consecuencias negativas que le representa esta conducta, la sigue realizando. (*http://www.ais-info.org/socioadicciones.html)

[15] *Carricajo Lobato, María Purificación y colaboradores. Intersiquis (2008)*

[16] *Culturismo. Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Culturismo*

[17] *Bayle J. Vigorexia como reconocerlo y evitarla. Editorial Síntesis ed. Madrid (2005)*

- Ansiedad o depresión por los sentimientos negativos hacia su cuerpo; autoestima baja.
- Evitar lugares públicos donde se le pueda ver el cuerpo. Tiene muchas dificultades para integrarse a las actividades sociales habituales, es introvertido y rechaza su imagen.
- Necesidad compulsiva de hacer ejercicio con pesas para aumentar el tamaño de su cuerpo. La mayoría no pueden dejar de ir ni un día al gimnasio, donde se pasan muchas horas. Hacen deporte aunque tengan dolor o lesiones.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por culpa de la excesiva dedicación al cuerpo, del entrenamiento y de la dieta estricta. Es frecuente que se salten algunas obligaciones y responsabilidades habituales (trabajo o estudios).
- Excesivo control de la dieta. Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos.
- Si hace más de dos días que no se entrena aparece irritabilidad y dificultad para concentrarse y relacionarse.

Como en el resto de los TCA, los factores que predisponen, desencadenan o mantienen la vigorexia, pueden ser de carácter biológico, psicológico o social.

Los principales factores implicados en la vigorexia tienen que ver con déficits de serotonina (neurotransmisor) y con factores socioculturales. La genética también podría ser responsable de los comportamientos obsesivos de los vigoréxicos. Sin embargo, los factores destacables que predisponen a padecer la vigorexia son:

- Ser hombre,
- Tener entre 18 y 35 años,
- Vivir en una sociedad de culto al cuerpo,
- Tener tendencias obsesivas-compulsivas,
- Tener tendencias adictivas
- Tener baja autoestima.

Generalmente, la principal razón de la adicción al ejercicio es la obsesión por el culto al cuerpo. No se trata sólo de verse bien, sino de querer verse como el modelo de un anuncio concreto. Además, las endorfinas juegan un gran papel: Cuando practicamos

ejercicio físico, el organismo produce unas hormonas que se llaman endorfinas. Son neurotransmisores químicos que se forman en la hipófisis (glándula del cerebro) y que se parecen mucho a la morfina y a la heroína, pero sin los efectos negativos de las mismas. La práctica de ejercicio provoca que se liberen en la sangre estas hormonas naturales, produciendo analgesia y una sensación de felicidad y relajación. Cuando el deportista está extenuado, el organismo produce estas hormonas para aliviar los síntomas y así poder continuar con el ejercicio; necesitando cada vez más, una mayor cantidad de endorfinas para poder soportar el dolor. Es una verdadera adicción a las endorfinas.

4.4. La ortorexia

El concepto de ortorexia se basa en una obsesión por la comida sana que, en vez de ser saludable para el organismo, se convierte en una amenaza.

El problema surge cuando las personas que padecen ortorexia, suprimen alimentos como la leche, el azúcar o cualquier producto derivado del trigo; incluso la fruta y la verdura son cuestionadas según su procedencia. Normalmente solo son comidos unos pocos alimentos seleccionados, en los casos extremos pueden proceder solo de cultivos *BIO.* Algunas personas le dedican tanto tiempo al pensamiento y a la preparación de la comida que se vuelve enfermizo.

Los alimentos que suelen ser escogidos por los ortoréxicos son frutas y verduras sin pesticidas ni grandes cantidades de fructosa. Prefieren pescado en vez de carne, ya

que esta tiene índices elevados de grasa y además suelen escoger alimentos integrales, como el arroz y la quinoa.

Otra cuestión importante es que las personas afectadas se adelgazan en gran medida porque no existen casi alimentos que quieran comer y en consecuencia suelen sufrir una desnutrición. Además su vida social se reduce drásticamente. Rechazan la mayoría de invitaciones de amigos a comer, ya que no quieren romper su plan nutricional y eso les lleva a la soledad. *Al alcanzar esta situación podemos hablar de que la comida sana ha provocado consecuencias enfermizas a la persona afectada.*[18]. Para estas personas el riesgo de padecer una depresión es mucho más elevado, a causa de la falta de vida social del individuo.

En la ortorexia no solamente se trata simplemente de comer comida sana, sino que también se trata de adelgazar y por eso hay psicólogos que lo consideran en algunos casos una variante de la anorexia nerviosa. Es destacable también que la ortorexia nerviosa va acompañada de impulsos de culpa y de sentimientos de descontrol cuando una persona afectada ingiere algo que no está incluido en su dieta y tiene miedo de dañar su cuerpo.

En parte de los afectados, mayoritariamente mujeres, puede observarse una clara relación entre ortorexia, peso e imagen corporal. *El hecho de estar delgado es uno de los motivos motores para alimentarse de forma sana, juntamente con el miedo a enfermar por comer alimentos insanos. Por eso parece que al menos en algunos casos la ortorexia sea una variante de la anorexia nerviosa*[19].

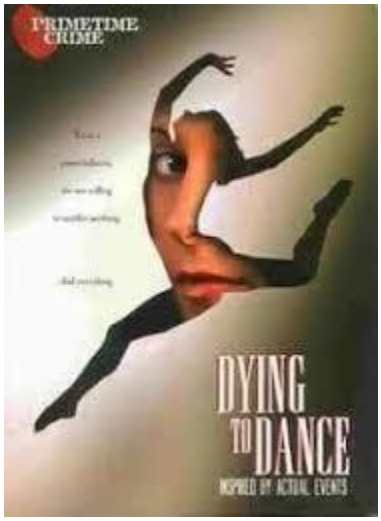
---

[18] *dicho por el psicólogo y psicoterapeuta Ulrich Voderholzer, director médico de Schön Klinik Roseneck en Prien am Chiemsee* http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/orthorexie-wenn-gesunde-ernaehrung-zum-zwang-wird-a-986974.html

[19] *Dicho por la psicóloga Friederike Barthels del Instituto para psicología experimental de la Universidad Düsseldorf*

En cuanto al diagnóstico, todavía es discutible. La ortorexia hoy en día no se considera una enfermedad, pero los psicólogos están de acuerdo en que se trata de una tipología de TCA.

4.5. TCA en la actividad física y en el deporte



Trastornos de alimentación en la actividad física y en el deporte

En los últimos años la cantidad de trastornos alimentarios ha aumentado de manera significativa. Este tipo de trastornos se caracterizan por ser trastornos psicológicos que tienen como consecuencia graves anomalías respecto a la ingesta de alimentos. Los psicólogos del deporte han tenido gran importancia en el campo del tratamiento de deportistas que han padecido un TCA. Los trastornos más comunes son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

Hoy en día también es necesario destacar que existe un porcentaje de casos de TCA clasificados como no especificados: en este tipo de casos pueden observarse algunas características patológicas, pero según los especialistas, no son concluyentes a la hora de diagnosticar un tipo de TCA determinado.

En la Anorexia Nerviosa la característica fundamental es que las personas que la padecen dejan de ingerir alimentos voluntariamente. Este hecho conlleva una pérdida

de peso desmesurada que provoca la desnutrición y un cambio en el ciclo menstrual de las mujeres, así como una alteración de la imagen corporal.

En el caso de la Bulimia Nerviosa, se caracteriza por un consumo elevado de alimentos en un período de tiempo breve. Son los denominados atracones que conducen a las conductas purgativas, cambio en la distribución de las comidas diarias, al igual que una tendencia al comportamiento impulsivo y a la distorsión de la imagen corporal.

En el caso de los dos trastornos existe un pavor a ganar peso y una obsesión por uno mismo y la figura, además de las características individuales que pueda mostrar cada paciente concreto.

En cuanto a los deportistas, como suelen tener características psicológicas más desarrolladas como por ejemplo el perfeccionismo, la perseverancia, las altas expectativas sobre uno mismo y la manera de actuar compulsivamente, surgió la idea por parte de los investigadores de que hubiera algún tipo de relación existente entre la práctica deportiva y los trastornos alimentarios.

Los pacientes de TCA y los deportistas también tienen algunas características en común. Es frecuente, por ejemplo, que las pacientes de Anorexia hagan ejercicio físico con la finalidad de perder peso. *"Incluso, aunque no queda recogido en ningún manual de diagnóstico, se ha planteado el término "anorexia por actividad" (Yates, 1991) o "anorexia atlética" (Del Castillo 1998) (citados en Dosil 2004) para referirse a aquellos casos en los que se recurre a la actividad excesiva como método para perder peso."* Según los tres expertos citados, aparece tanto un malestar significativo al abandonar dicha actividad, como una preocupación por la alimentación (sana) y realización de dietas.

En el año 1998, se realizó una clasificación de los deportes que se consideraron de mayor riesgo en cuanto al desarrollo de un TCA, realizado por el Comité Olímpico Americano. Esta clasificación recoge cuatro grupos: Deportes de categoría, gimnasio, estética y resistencia.

Los **deportes de categorías** son aquellos en los que participar en una categoría u otra, depende directamente del peso. A causa de este hecho, se han dado varios casos en

los que los deportistas se proponen perder peso de manera rápida y drástica para competir en una categoría inferior y así tener una relativa ventaja al enfrentarse a rivales de menos peso.

Para conseguir bajar de peso en un período de tiempo tan corto, los deportistas realizan "dietas Express", basadas en una disminución de la ingesta de alimentos que suelen estar complementados con algún tipo de purga. También se ha señalado por diferentes autores que los vómitos, los laxantes y diuréticos, así como recurrir a hacer un ejercicio excesivo, también son recursos habituales para dichos deportistas.

Algunos de los autores como Engels, Crosby, Power y Johnson, aparte de otros, señalan en sus estudios que los deportistas de lucha tienen una gran tendencia a perder peso voluntariamente, a hacer restricciones de la ingesta de alimentos o conductas de purga, en comparación a otros deportistas. Además, Franseen determina en su investigación, que en los deportes de categorías hay un número más elevado de dietas ejercidas y prácticas para adelgazar, así como el deseo de perder peso en comparación a otras modalidades deportivas en las que no existe una diferenciación en categorías. Asimismo, en un trabajo con deportistas[20] de remo y de lucha, llegaron a la conclusión que un 52% optaba habitualmente al vómito para adelgazar.

En los **deportes de estética**, en los que la figura y el aspecto físico del deportista son incluidos en la puntuación de los jueces, se ha observado [21] que hay más facilidad en desarrollar un TCA que en los deportes en los que hay árbitros. Además, estos autores verificaron que los que compiten en deportes con jueces, adoptan una preocupación por el peso y revelan una psicología parecida a personas que padecen un TCA.

Los cuerpos requeridos en los deportes de estética femeninos son cuerpos delgados con piernas largas, fibrosos, caderas estrechas y poco pecho. La gimnasia es la modalidad deportiva con más afinidad para desarrollar un TCA [22], ya que se requieren cualidades como la flexibilidad, potencia y coordinación que suponen que el cuerpo ideal para este deporte sea delgado y fino, incluso con un aspecto prepubertal. Otros

[20] *Gottfried, Thiel y Hesse (1993),*
[21] *Perry, Zucker ,Williamson y Nomble (1999)*
[22] *Toro (1996),*

deportes que son un factor de riesgo para desarrollar un TCA son el patinaje artístico, la danza o la natación sincronizada, en los que el modelo de cuerpo es muy similar.

En el caso de las modalidades masculinas de este grupo, la musculación y la elasticidad son cualidades características. Pero, tanto en hombres como en mujeres, el control del peso y la preocupación de la imagen corporal se han convertido en un motivo de expectación y preocupación.

Los deportes practicados en el **gimnasio** no se quedan al margen de ser considerados de riesgo a la hora de desarrollar un TCA. El principal problema de estos deportes es la vigorexia, relacionada con la preocupación por tener un cuerpo atlético y musculado, así como con la alimentación y su vigilancia. Este tipo de deportes tienen en común, la no presencia de un profesional, preparador o entrenador que controle y regule el modelo ideal y la cantidad y tiempo de dedicación a las actividades o ejercicios. En un estudio [23] que realizaron con practicantes de aerobic en el 2002, pudieron observar que un 9,2% de las encuestas tenía una sintomatología que es compatible con la de un TCA, llevada a cabo con el EAT-40.[24]

Por último, otros deportes que pueden ser de riesgo para desarrollar un TCA son los de **resistencia**, en los que se incluyen aquellas modalidades deportivas en las que tener un peso menor puede ser beneficioso para el rendimiento de los deportistas, a causa de este motivo, algunos practicantes realizan durante algunos periodos de la temporada dietas estrictas, ya sea durante el periodo de preparación o en el de competición.

En bastantes ocasiones en estos deportes, el rendimiento puede verse afectado negativamente por las pérdidas repentinas de peso, a causa de la reducción de la masa magra y suele conllevar que el deportista se fatigue más rápido. Los atletas de las modalidades de resistencia son el mejor ejemplo para observar la optimización de su rendimiento controlando el peso.

---

[23] *Joaquin Dósil (2003)*
[24] *Universidad complutense de Madrid*
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/CUESTIONARIO%20DE%20ACTITUDES%20HACIA%20LA%20COMIDA%20(EAT)/EAT_P.pdf

Algunos autores [25] han observado que ha incrementado de manera significativa el número de casos de TCA diagnosticados en atletas femeninas. Sin embargo, la natación también es considerada una de las modalidades de riesgo en cuanto al desarrollo de los trastornos alimentarios. Además, muchos autores, entre ellos Benson y Taub, afirman que hay una tendencia del deseo de adelgazar más elevada en nadadoras femeninas que en nadadores masculinos.

Clasificación de los deportes de riesgo. Basado en Dosil, 2003	
TIPO DE DEPORTE	MODALIDADES DEPORTIVAS
Deportes de categorías:	Judo, boxeo y lucha
Deportes de resistencia:	Atletismo, natación y ciclismo
Deportes de gimnasio:	Culturismo aeróbic y fitness
Deportes de estética:	Gimnasia rítmica, danza, ballet, patinaje artístico, natación sincronizada

Según algunos autores[26], los principales factores influyentes en el desarrollo de un TCA en el ámbito deportivo son:

Presión del deporte. Según el deporte que se practique, éste puede tener una serie de características que ya he mencionado antes como que la figura influya en la puntuación de los jueces o que el peso defina la categoría en la que se debe participar, que provocan una preocupación por el cuerpo y suponen un riesgo extra para desencadenar un TCA.

Psicología de los deportistas. Características como el perfeccionismo, la perseverancia, la competitividad, la capacidad de sacrificio, la búsqueda de superarse siempre a uno

[25] *Rubio de Lemus y Lubin (1993) o Nixon (1989)*
[26] *Swoap y Murphy citados por Dosil en 2004 y Carron y Hausenblas (1999)*

mismo y las altas expectativas que esto conlleva, convierten a la psicología del deportista en vulnerable frente al desarrollo de un TCA.

La presión de los compañeros en el deporte. Para los jóvenes es muy importante la opinión que tienen los amigos o compañeros sobre ellos y tiene influencia sobre los modelos estéticos y deportivos que se marcan dichos deportistas.

Practicar deporte. El simple hecho de la práctica deportiva puede ser un motivo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

La presión de los entrenadores. En muchas ocasiones los entrenadores hacen un control excesivo del peso de los deportistas, ya que lo consideran de mucha importancia para la obtención de buenos resultados y este hecho puede desencadenar una gran preocupación de los deportistas por su peso.

La presión social. En la sociedad actual, los modelos del cuerpo establecidos como ideales, ya sea mediante la publicidad o la opinión pública, provocan que sobre todo los adolescentes y la gente joven no quiera engordar para lograr este cuerpo delgado idealizado. Para ello, muchas veces recurren a dietas o ejercicio excesivo que, sin ser revisados por un especialista, suelen ser desequilibrados y suponen un peligro para la salud.

5. TRATAMIENTO DE LOS TCA EN DEPORTISTAS DE ÉLITE

5.1. Introducción

Los TCA se pueden tratar eficazmente mediante un conjunto de diferentes disciplinas o terapias que deben englobar tanto el aspecto psicológico como el físico. Al tratar el TCA desde distintas perspectivas, la probabilidad de superarlo es mayor. Aun así, cada caso de deportista con TCA debe individualizarse, ya que no hay ninguna fórmula que funcione en el 100% de los casos.

El tratamiento multidisciplinar se basa en:

- el tratamiento de las complicaciones físicas llevado por un equipo médico. (TRATAMIENTO MEDICO)
- la psicoterapia para tratar los síntomas y trastornos de personalidad asociados (TRATAMIENTO COGNITIVO Y CONDUCTUAL)
- una revisión de los hábitos alimentarios para conseguir un peso estable y un cuerpo bien nutrido.
  (EDUCACIÓN Y CONSEJO NUTRICIONAL)
- un tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico enfocado a los síntomas de los TCA y a patologías psiquiátricas asociadas.
  (FARMACOTERAPIA)
- en algunos casos también es de gran ayuda trabajar coordinadamente con el entorno familiar o que el paciente conviva con personas en su misma situación.
  (TERAPIA FAMILIAR Y TERAPIA DE GRUPO)

Para que el tratamiento sea eficaz, los pacientes han de participar activamente. En muchos casos, los pacientes tienen sentimientos en contra del tratamiento, porque aunque se sientan infelices por culpa del TCA, tienen miedo a perder el control de su vida. Por este motivo, es muy importante promover la confianza, seguridad y comprensión del paciente para que pueda colaborar debidamente en el tratamiento.

En casos extremos, en los que la desnutrición pone en juego la vida de la persona, el médico o la familia pueden solicitar, mediante un proceso judicial, el ingreso

hospitalario involuntario de una persona, para que sea posible afrontar la desnutrición severa, antes de iniciar el tratamiento psicológico.

Una vez sobrepasada esta situación crítica para la vida del paciente, se convencerá al paciente de la toma de conciencia sobre la gravedad de su enfermedad y de la necesidad de colaboración para obtener resultados.

En una evaluación clínica de cada caso se incluye:

- Un registro que incluye la ingesta de alimentos con o sin purgas asociadas y los sentimientos de la persona afectada.
- Una exploración de posibles síntomas psíquicos asociados, como la ansiedad, depresión, trastornos de sueño…
- Una valoración psicológica del TCA, así como de aspectos de personalidad y otras enfermedades psiquiátricas como los trastornos de personalidad.
- Unas pruebas médicas necesarias para revisar:
    - El estado nutricional de la persona afectada (ejemplo: análisis de sangre para revisar vitaminas).
    - Cambios físicos provocados por los TCA (ejemplo: función hormonal, amenorrea…).

Una vez hecha la valoración completa del paciente, se decide si se ingresa en un hospital, un hospital de día o se realiza un tratamiento ambulatorio.

En los deportistas y el mundo que los rodea, la mejor forma de tratar los trastornos de alimentación es la prevención. También son de gran ayuda los psicólogos del deporte y nutricionistas de los diferentes clubes o centros deportivos, que pueden ayudar a detectar o a tratar un TCA.

También suele informarse a los entrenadores y compañeros de equipo, aparte de a las familias, para prevenir el trastorno, y en el caso de que ya se hubiera desarrollado, para erradicarlo. Posteriormente, cuando el paciente se ha recuperado, y vuelve al entorno de su rutina, puede sufrir una recaída y es muy importante el apoyo de las personas de su alrededor.

5.2. Antes del tratamiento

Después de haberse realizado el diagnóstico es preciso decidir bajo qué régimen se hará el tratamiento. Para tomar la decisión, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Adelgazamiento: en casos en los que el deportista sufre una desnutrición severa y una pérdida de peso grave de aproximadamente un 25%[27], en la que también se tiene que considerar el tipo de deporte practicado.
- Complicaciones psíquicas: que provoquen ideas de suicidio.
- Complicaciones físicas: en aquellos afectados en los que hay un deterioro orgánico considerable que pueda suponer un riesgo para la vida del paciente (ejemplo: hipotensión, frecuencia cardíaca por debajo de 40 pulsaciones por minuto)
- Crisis en el entorno familiar: en aquellos casos en los que las relaciones entre el paciente deportista y su entorno tanto familiar como social están deteriorados.
- Respuesta negativa al tratamiento ambulatorio: cuando el paciente no está suficientemente motivado como para cumplir los pactos o cualquier otro factor que no le provoque la mejora.

5.3. Marco del tratamiento

Una vez hecha la valoración, se decidirá si se someterá al deportista a un ingreso total o parcial en unidades hospitalarias o a la supervisión bajo un régimen ambulatorio.

El **tratamiento ambulatorio** es eficaz cuando se ha detectado el trastorno precozmente y el IMC se encuentre por encima de 16. Precisa un equipo de especialistas al que pueda hacerse visitas a menudo y la actividad física se reduce severamente, dependiendo de cada caso en particular. También se establecen unas pautas dietéticas correctas, se hace un control del peso y se inicia el tratamiento psicológico o psicofarmacológico que requiera cada paciente.

[27] J. Dosil (2003)

La **hospitalización completa** se basa en un ingreso hospitalario las 24h del día. Se recomienda este tratamiento en los casos en los que la valoración es mayoritariamente negativa y la vida del paciente está en peligro.

El tratamiento a través de la hospitalización completa es muy favorable para recuperarse físicamente pero no es el marco más idóneo para tratar los aspectos psicológicos y las recaídas son frecuentes.

Después de haberse recuperado físicamente, es habitual que los deportistas acudan a un hospital de día o a consultas externas para continuar el tratamiento especializado. En los casos de anorexia este proceso suele ser más prolongado que en los pacientes con bulimia, ya que el proceso de re-nutrición es más lento.

El **hospital de día** se está potenciando cada vez más en los últimos años para tratar los TCA. El deportista ingresa durante el día en el hospital de día especializado y por la tarde regresa a su casa, de manera que no se desintegra de su entorno familiar, social y deportivo.

Este tipo de tratamiento favorece la coordinación de los diferentes profesionales implicados: médicos, psicólogos, psiquiatras y nutricionistas con lo que lo convierte en el marco idóneo para los TCA. Además permite que se aplique el enfoque multidisciplinar aconsejable, con psicoterapia individual y en grupo, control del peso, visitas al psiquiatra, comedores terapéuticos, revisiones médicas… A medida que el paciente va mejorando, se reducen las horas que tiene que ir al hospital de día hasta que se reintegra en su vida normal.

Suele aconsejarse que el IMC sea superior a 16 para que el paciente pueda realizar las distintas actividades que forman parte del tratamiento multidisciplinar del hospital de día, ya sea tanto por las actividades físicas como por las psicológicas. Se considera que cuando el peso es excesivamente bajo, la capacidad de concentración y de reflexión no se desarrollan debidamente como para involucrarse debidamente en la psicoterapia.

La colaboración del entorno del deportista afectado es primordial tanto para la detección como para la resolución del trastorno. Deben ayudar a que el deportista recupere su peso y a manejar sus emociones durante todo el proceso y fases del

tratamiento. Es muy importante que comprendan que se trata de una enfermedad y no de un simple capricho que el paciente puede resolver con su propia fuerza de voluntad.

Gracias al hospital de día pueden trabajar conjuntamente los especialistas con los familiares y el equipo deportivo para hacer frente al trastorno de alimentación. Y es muy importante que los familiares y el entorno deportivo confíen y sigan las instrucciones de los profesionales y compartan con ellos las dudas que les surjan y toda la información que les facilite entender al paciente.

5.4. Los pasos del tratamiento

5.4.1. Desarrollar motivación para el cambio.

Una vez se ha decidido bajo qué régimen se va a llevar a cabo el tratamiento, el primer paso básico es motivar al deportista para el cambio. Este paso no es nada fácil, ya que comporta que abandone aquello para lo que lleva tanto tiempo luchando y que cambie radicalmente de mentalidad. Durante toda su enfermedad se ha pasado buscando el perfeccionismo y el control sobre su cuerpo y ahora se trata de impedírselo. Por lo tanto es frecuente que aparezcan sensaciones de descontrol tanto en el deportista como en la familia.

Normalmente los deportistas con anorexia suelen negar de entrada que padecen una enfermedad, ya que algunas prácticas deportivas pueden esconder o camuflar el TCA. También es frecuente que aunque se sientan diferentes a los demás, crean que lo tienen bajo control. De las expresiones más comunas que dicen son: “solo lo hago durante este periodo de la temporada”, “lo tengo todo controlado”, “no estoy anoréxica”

La gran resistencia a colaborar suele darse a causa de esta falta de conciencia de la enfermedad y una vez se haya logrado superar esta fase se ha ganado una gran parte del tratamiento. A veces, los pacientes prefieren morir antes que cambiar y entonces es cuando hay que motivarles con todo aquello que han ido dejando por el camino por

culpa del trastorno. Uno de los motivos más efectivos para concienciar a los deportistas es diciéndoles que tendrán que dejar la competición o la práctica deportiva.

También es importante destacar la importancia que tiene la actitud del terapeuta. Debe ser muy hábil para saber adaptarse a cada caso en particular; sobre todo al principio, donde los deseos de estar delgado e incluso de adelgazar todavía más son muy intensos. Es recomendable por lo tanto, dejar estos aspectos de la imagen corporal distorsionada para más adelante y centrarse en conseguir una relación terapeuta-paciente óptima para la toma de decisiones y para que el paciente confíe en el tratamiento.

5.4.2. Objetivos que hay que alcanzar en el tratamiento

Una vez diagnosticado el trastorno alimentario, es muy importante empezar cuanto antes el tratamiento. Cuanto más margen de tiempo dejemos pasar, más terreno habrá ganado la enfermedad. Es necesario que el paciente visite las consultas varias veces por semana, dependiendo del grado de deterioro que irán reduciéndose progresivamente con la mejora del deportista.

A continuación, se presentan los objetivos principales que se consideran de gran importancia en cualquier tratamiento:

- **Recuperación del peso** progresiva, hasta conseguir el adecuado que se ajuste a la talla, edad y deporte del paciente. En este punto, paciente y terapeuta deberán acordar un peso, que se irá aumentando cada semana, con su debido control. Los terapeutas deben recompensar a los pacientes por cada mérito conseguido, para que el avance sea más fácil, aunque es normal que surjan pequeños retrocesos.

  En ocasiones, hay avances respecto a la ingesta de alimentos (ejemplo: 4 galletas maría por la mañana), pero el peso se estanca. Entonces, no se debe castigar de ningún modo al deportista, ya que le provocaría un sentimiento de lucha sin finalidad y podría querer abandonar.

Otras cuestiones que tener en cuenta por parte de los terapeutas es que los pacientes pueden hacer trampas (ejemplo: ingerir una gran cantidad de líquido antes de pesarse) y cuidadosamente deben advertirles, siempre sin dar ideas.

Tampoco es conveniente que se le dé mucha importancia a esta parte del tratamiento, porque en una mente anoréxica, ya se da mucho énfasis a la báscula, el peso perfecto, la silueta perfecta…, y se trata de crear otras motivaciones en la vida de estos deportistas.

- **Cambio de los hábitos alimentarios** que, en una fase final, debería haberse conseguido una dieta variada con unas cuatro o cinco comidas al día, donde no exista ninguna lista de alimentos prohibidos, tan típica de pacientes con trastornos alimentarios.

  Según el estado del caso, se empezará controlando el desayuno hasta conseguir todos las comidas del día y poco a poco se irán introduciendo los llamados alimentos prohibidos. Es frecuente que a los deportistas les surjan ideas, como que cuando empiecen a comer no van a poder parar o que ciertos alimentos prohibidos depositan la grasa en ciertas partes del cuerpo. Por ello, a veces se les da información nutricional, de cómo funciona el aparato digestivo, de las calorías ingeridas y las calorías quemadas, etc.

  Para tratar la normalización de la comida, es habitual la utilización de registros alimentarios que pueden estar determinados por una nutricionista o por los propios pacientes que van anotando en cada momento del día lo que van comiendo, dependiendo del estado psicológico del deportista.

- **No utilización de laxantes, diuréticos ni de cualquier método de purga.** Se deben eliminar progresivamente o de forma total al principio de esta fase. La forma de tratar este aspecto depende mucho de cada paciente. Se pueden utilizar métodos de relajación para conseguir el vaciado del estómago o también se utilizan autorregistros.

En los deportistas es una práctica muy habitual y con una gran variedad de métodos. Por eso, es muy importante asegurarse del abandono de estas prácticas e informar de lo nocivas que son para la salud y el rendimiento.

- **Modificación de las distorsiones del peso, la comida y la imagen corporal.** El tratamiento cognitivo es de los más importantes en la erradicación del TCA y debe ponerse en marcha desde el principio del tratamiento, trabajando las distintas distorsiones según convenga en cada situación y sin que suponga demasiado esfuerzo para el deportista.

El hecho de que existan cambios en la dieta de un deportista con un trastorno alimentario no es un hecho aislado. Va acompañado de numerosos pensamientos y sentimientos que se han ido distorsionando progresivamente y han ido ocupando su mente durante el desarrollo de la enfermedad. Estos pensamientos, aparte de ser la principal fuente de ansiedad, son factores precipitantes y los principales causantes del trastorno.

Las principales alteraciones cognitivas que caracterizan especialmente a las deportistas con anorexia son[28]:

- Abstracción selectiva: basar una conclusión en detalles aislados, ignorando toda evidencia en contra. Ejemplo: "solo seré feliz si estoy delgada".
- Inferencia arbitraria: llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión. Ejemplo: "todos me miran al pasar, seguro que piensan que estoy muy gorda".
- Sobregeneralización: llegar a una conclusión a partir de acontecimientos aislados y aplicarla a diferentes situaciones. Ejemplo: "cuando comía de

[28] Toro y Vilardell (1987) o Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) citados en *Trastornos de alimentación en el deporte*, Dosil 2003

todo estaba gorda, si quiero estar delgada, no puedo comer", "la manzana no engorda, por lo tanto sólo comeré manzanas".

- Magnificación: exagerar las consecuencias indeseables de los acontecimientos. Ejemplo: "si subo un kilo estaré gordísima y competiré fatal", "he ganado 2kg, nunca más podré llevar pantalones cortos".
- Pensamiento dicotómico: pensar en términos absolutos –todo/nada o blanco/negro-. Ejemplo: "si no controlo mi peso, perderé el control de mi vida", si gano un kg, acabaré pesando 100".
- Personalización y autorreferencia: interpretaciones egocéntricas de sucesos impersonales, o sobreinterpretación de acontecimientos relativos a uno mismo. Ejemplo: "me siento incómoda cuando otras personas me ven comer", "cuando como en la cafetería todo el mundo se queda mirándome".
- Pensamiento supersticioso y visión catastrófica: crear una relación de causa-efecto entre sucesos no contingentes. Ejemplo: "si como patatas, ganaré un kilo", "si como alimentos con grasa me pondré como una foca y mi vida se arruinará"

- **Detección y normalización de la sintomatología inespecífica.** A parte de todos los síntomas que ya conllevan los TCA, hay un conjunto de aspectos que es conveniente detectar y atender, ya que no siempre es suficiente con la recuperación del peso. Se trata de cuestiones como la baja autoestima, un entorno familiar o social deteriorado, estados depresivos, fobias y todas aquellas circunstancias que supongan un problema para el deportista.

  En la fase final del tratamiento es donde se le da mayor importancia a la sintomatología específica, ya que los progresos realizados individualmente por el paciente necesitan un contexto estable y de máxima seguridad, que apoye dichos progresos. También en este caso el deporte es de gran ayuda.

- **Prevención de recaídas.** Como en cualquier enfermedad, el paciente es más sensible a una recaída después de haberla sufrido y cuanto más breve sea el

marco de tiempo transcurrido, mayor será la probabilidad. Es frecuente, aparte de existir una afinidad especial a algunos problemas de los TCA, que no se hayan superado otros secundarios totalmente. Se debe preparar e informar al paciente de una posible recaída teniendo especial cuidado en que no surja un conformismo con la situación.

Después del tratamiento, que ha supuesto un cambio notable en el paciente, el verdadero triunfo se conseguirá si a lo largo del tiempo el paciente logra mantener y mejorar su situación. Además, es muy importante y cobrará un peso especial en la prevención de recaídas, la presión que seguirá existiendo por parte del deporte que se practica, por lo que será uno de los principales temas tratados en este campo.

Precauciones a considerar en la prevención de recaídas[29]:

- Utilizar las técnicas terapéuticas que nos resultan más efectivas en las situaciones que lo requieran
- No saltarse ninguna de las comidas principales
- Planificar bien el tiempo
- Buscar actividades incompatibles a los atracones en los momentos en los que existe mayor riesgo de que se produzcan
- No pesarse con frecuencia
- Confiarse a alguien en el caso de necesitarlo
- Ponerse metas realistas, autorreforzándose por cada logro, por pequeño que sea.

5.4.3. Secuenciación del tratamiento

La secuenciación del tratamiento es diferente en cada caso particular de deportista con TCA. Sin embargo, la pauta básica a seguir es la siguiente: primero se recupera el

[29] *Fairburn y Wilson (1993), citados en Dosil (2003),*

peso a unos mínimos. En segundo lugar se tratan las complicaciones físicas (amenorrea, diarrea estreñimiento, etc.), aunque muchas de estas complicaciones desaparecen por sí solas al mejorar el paciente. En tercer lugar, se introduce al ambiente familiar y seguidamente a la presión social.

En cuanto al deporte, es muy importante que el paciente lo perciba como un premio y no como un método para adelgazar. Debe utilizarse como refuerzo de la terapia y racionalizar el tiempo dedicado es fundamental. El objetivo final es que el paciente pueda llevar a cabo la práctica deportiva de forma normal, como los demás compañeros, lo que supondrá un éxito del tratamiento.

5.5. Conclusión del tratamiento

A lo largo de este último punto del tratamiento de los TCA, he explicado los puntos más importantes y conflictivos y las diferentes estrategias para abordar el problema y poder solucionarlo.

La finalidad del tratamiento es conseguir que el deportista pueda reintroducirse en su vida deportiva con unos hábitos adecuados que, de acuerdo con su potencial psicológico y físico, le permitan tener una vida deportiva exitosa y longeva.

No obstante, el seguimiento de estos deportistas es muy importante, ya que el entorno deportivo es propicio a la generación de los trastornos alimentarios y el deportista podría sufrir una recaída. También es de gran utilidad informar a los entrenadores y deportistas del entorno para prevenir otros casos de TCA.

6. CONCLUSIÓN

Con la finalización de este trabajo de investigación he podido comprobar, que mi hipótesis ha tenido un resultado positivo.

Tal y como intuía, la presión que sufren los deportistas de élite sobre sí mismos por los entrenadores, los compañeros y el deporte en sí, así como por la presión social y familiar, provoca que en estos deportistas tenga una mayor incidencia la aparición de un trastorno de conducta alimentaria.

Según el estudio que he llevado a cabo, basándome en el resultado de las 16 gráficas que han resultado de las encuestas, un 24% de los encuestados presenta las características de una persona que padece un TCA, en contraposición al 4,5% aproximado de la población total. Entre los encuestados hay un 34% de chicas y tan solo un 4% de chicos. Este hecho demuestra claramente que la práctica del deporte de élite es un factor de riesgo para padecer un TCA y que afecta en mayor número a las chicas que a los chicos.

Realizar este trabajo me ha hecho crecer personalmente en el conocimiento de mí misma y de mi entorno a través de las 80 encuestas realizadas a compañeros y sobre todo por las tres entrevistas, que me han aportado un conocimiento más profundo de las causas y los problemas del día a día de una anoréxica, así como de los tratamientos a seguir.

Personalmente opino que la población está poco concienciada de un problema tan importante como son los trastornos alimentarios y considero que se debería informar y concienciar más a deportistas, entrenadores y familia del mundo del deporte, para prevenir posibles casos de esta enfermedad en el futuro.

7. BIBLIOGRAFÍA

- DOSIL DIAZ, Joaquín. *Trastornos de alimentación en el deporte* Primera edición (2003) Ed: Wanceulen editorial deportiva. Núm. p. 106.
- Dra. LORÁN MELER, Mª Eulalia y Dr. SANCHEZ PLANELL, Luis. *Comprender La anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón* ed. Amat (2013). Núm. p. 109
- CHOI, P. GRUBER, A. OLIVARDA, R. PHILLIPS, K. POPE, H. *Psychosomatic* (1997)
- http://es.wikipedia.org/wiki/Adicción [Consulta 18 julio 2015]
- http://www.ais-info.org/socioadicciones.html [Consulta 23 agosto 2015]
- LOBATO, Carricajo. PURIFICACIÓN, María y colaboradores. *Intersiquis* (2008)
- Culturismo. Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Culturismo [Consulta 14 junio 2015]
- *Vigorexia, como reconocerlo y evitarla*. Editorial Síntesis ed. Madrid (2005)
- http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/orthorexie-wenn-gesunde-ernaehrung-zum-zwang-wird-a-986974.html [Consulta 23 agosto 2015]
- ARAMBURU, M. & GUERRA, J. (2001). Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249.
- TORO, J. (1999): *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, Ariel
- RODRIGUEZ RAMÍREZ, M.C. (1998): Anorexia nerviosa e imagen corporal: un estudio comparativo entre anoréxicas y grupos de alto riesgo en la región de Murcia, tesis doctoral, evaluación y tratamientos psicológicos, Universidad de Murcia
- BENITO, J; BOTELLA, L; RIBAS, E. Revista argentina de clínica psicológica XVIII (2009)
- MONTERO, P., MORALES, E. M., CARBAJAL, A., 2004, Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Antropo, 8, 107-116. www.didac.ehu.es/antropo [Consulta 25 agosto 2015]
- TOLEDO, Francisco: http://www.cofrm.com/web/DocArt.nsf/bea428f51c2c089fc1256c7300429e64

/b82d7d0b5bff5b95c12570fc0040c61b/$FILE/CONFERENCIA%20FRANCISCO%20TOLEDO.pdf [Consulta 12 septiembre 2015]

- BAILE AYENS ,J. Cuaderns del Marqués de San Adrián. Revista de humanidades (2003)
- SHILDER, Paul: *The Image and Appearance of the Human Body* (1935)
- RAICH, Rosa María. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones pirámide. 2009. ISBN:8436814428978843681442 2
- https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifras-anorexia-bulimia.aspx [Consulta 24 octubre 2015]

8. ANEXO - TRABAJO DE CAMPO

8.1. Encuestas

8.1.1. Formulario de encuestas

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: ___/___/___ **Edad: ___**

Sexo: Hombre: ___ Mujer: ___

Deporte que practico: _____

Categoría: Alevín: ___ Infantil:___ Juvenil/Junior___ Senior/Absoluto___ Ninguna de las anteriores___

Ámbito en el que lo practico: Local: __Autonómico: __ Nacional: __ Internacional: __

Número de días que entreno a la semana: ___

Horas que entreno a la semana: ___

Considero que **mi nivel es:** Profesional: ___ Semiprofesional: ___ Amateur: ___

Edad en que comencé a practicar este deporte: ____

¿He dejado de practicar este deporte algún tiempo? Sí___/No___ (si la respuesta es NO, seguir con la evaluación de las imágenes corporales.)

¿Durante cuánto tiempo?: ___

Razón: Lesión: ___ Estudios: ___ Trabajo: ___ Relaciones con el entrenador: ___ relaciones con los compañeros: ___ Otras ¿Cuál? :_____

EVALUACIÓN DE LAS IMÁGENES CORPORALES

Entorno a la evaluación de la imagen corporal se han propuesto varias técnicas como auto- registros de conductas o cuestionarios que exploran experiencias personales, grado de influenciabilidad de los medios etc.

Uno de estos cuestionarios es el Body Attitude Test (BAT) de Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden (1995). Con él se evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal y la alteración de las actitudes hacia el cuerpo.

A cada ítem se contesta en una escala que va del 0 (nunca) al 5 (siempre)

1. Si comparo mi cuerpo con el cuerpo de personas de mi edad, me genera insatisfacción sobre el mío.
2. Mi cuerpo parece ser una cosa torpe.
3. Mis caderas parecen demasiado grandes para mí.
4. Me siento a gusto dentro de mi cuerpo.
5. Tengo un fuerte deseo de estar más delgado.
6. Creo que mis pechos son demasiado grandes.
7. Tiendo a ocultar mi cuerpo. (Por ejemplo, poniéndome ropa amplia)
8. Cuando me miro en un espejo me encuentro insatisfecha con mi cuerpo.
9. Me es muy fácil relajarme físicamente
10. Pienso que soy demasiado gruesa.
11. Siento mi cuerpo como una carga.
12. Mi cuerpo se me representa como si no fuera mío.
13. Algunas partes de mi cuerpo parece que estén hinchadas.
14. Mi cuerpo es una amenaza para mí.
15. La apariencia corporal es muy importante para mí.
16. El aspecto de mi vientre es como si estuviera embarazada.
17. Me siento tensa en mi cuerpo.
18. Envidio a otros por su apariencia física.
19. Hay cosas de mi cuerpo que me asustan.
20. Suelo observar mi apariencia en un espejo.

“Test para evaluar el ejercicio físico”	1	2	3	4	5
1.El ejercicio es lo más importante en mi vida 2. Han surgido conflictos entre mí y mi familia o mi pareja sobre la cantidad de ejercicio que hago 3. Utilizo el ejercicio como una forma de cambiar mi estado de ánimo (por ejemplo, como una forma de escape) 4. Con el tiempo he aumentado la cantidad de ejercicio en un día 5. Si tengo que perder una sesión de ejercicio, me siento irritable y caprichoso 6. Si reduzco la cantidad de ejercicio que hago y luego comienzo de nuevo, siempre termino haciendo tanto ejercicio y tan a menudo como lo hice antes					

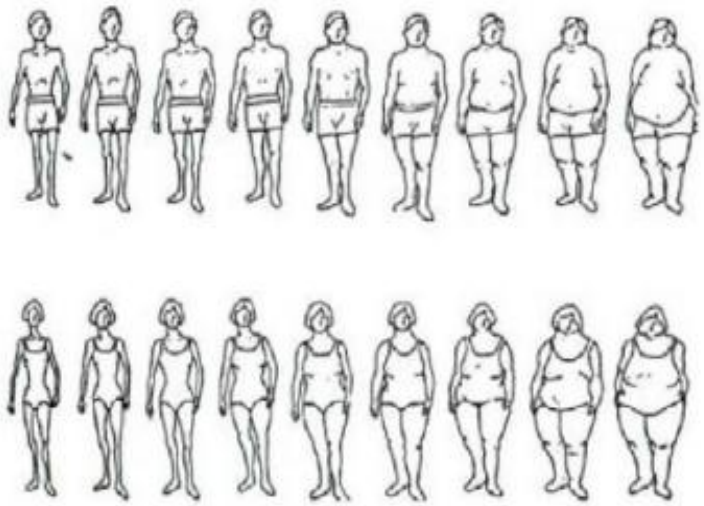
1 = totalmente desacuerdo (nunca me sucede)

5 = totalmente de acuerdo (me sucede siempre)

Se consideran valores medios hasta 15 puntos. Si se puntúa por encima existe una relación obsesiva entre el estado psíquico del encuestado y la cantidad de deporte a realizar.

“Test de siluetas”

(El test de siluetas, de Carmen Maganto y Soledad Cruz, de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco , está pensado para trabajar con adolescentes de entre 13 y 18 años y sirve para evaluar el grado de insatisfacción que el individuo tiene para con su **imagen corporal**, lo cual permite detectar el riesgo de padecer posteriormente, un trastorno de la alimentación.)



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Silueta con la que se identifica más: ....

Silueta que más se acerca a su ideal: ....

Silueta que ve mejor para el sexo contrario: ...

Cuestionario de hábitos alimentarios del deportista (Chad), elaborado por Joaquín Dosil Diaz e Isabel Díaz Ceballos

Es un cuestionario dirigido a la evaluación de los problemas de alimentación en el deporte y tiene en cuenta cinco aspectos esenciales:

1. Miedo a engordar
2. Preocupación por la figura y la imagen
3. Irritabilidad asociada al peso y a la figura
4. Satisfacción con la figura
5. Realización de dietas

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL DEPORTISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Hablo mucho de dietas con mis compañeros/as						
2. Pienso constantemente en mi cuerpo						
3. Me pone nervioso que el entrenador controle mi peso						
4. Estoy preocupado/a por mi peso						
5. Si he comido mucho me arrepiento						
6. Me altero con facilidad si hablo de mi cuerpo						
7. Cuento las calorías que tienen los alimentos que como						
8. Cuando termino la temporada sigo practicando deporte para no subir de peso						
9. Me comparo con mis compañeros/as , para ver quién está más delgado						
10. Me comparo con mis compañeros/as , para ver quién está más musculado						
11. Estoy satisfecho/a con mi peso						
12. Sigo haciendo ejercicio en vacaciones para no subir de peso						
13. Me esfuerzo para mejorar mi cuerpo cuando alguien comenta algo sobre el mismo						
14. Me preocupan las calorías que tienen los alimentos que como						
15. Me agobiaría que me pesaran frecuentemente						
16. Me agobia no hacer ejercicio porque subo de peso						
17. Me afecta que el entrenador diga algo sobre mi peso						
18. No puedo disminuir la actividad física pues engordaría mucho						
19. Pienso constantemente en lo que como						
20. Me agobia subir de peso en las vacaciones						
21. Si el entrenador habla de peso, me pongo nervioso/a						
22. Tengo miedo a coger peso , cuando no entreno						
23. Comparo mi peso con el de mis compañeros						
24. Si he subido de peso, tomo medidas de inmediato para bajarlo						
25. Me siento mal si mis compañeros me dicen algo sobre mi cuerpo						
26. Evito tomar alimentos que engordan						
27. Estoy satisfecho con mi figura						
28. Me siento bien , si peso menos que mis compañeros/as						
29. Si como mucho, la siguiente comida no la hago						
30. Pienso constantemente en cómo puedo adelgazar						

1 = nunca 6 = siempre Total puntos : 180 (aparición de posibles problemas cuando la respuesta es mayor de 3)

Perfil de una persona sana (30-90 puntos) A partir de 100 puntos se considera que el deportista puede llegar a desarrollar un TCA.

1: totalmente desacuerdo (nunca me sucede) **2**: bastante en desacuerdo **3**: indiferente

4: bastante de acuerdo **5**: totalmente de acuerdo (me sucede siempre)

Versión española acortada del mbsrq (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) que evalúa la imagen corporal Luis Botella García del Cid, Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz Nov. 2009

Test de evaluación de la imagen corporal

…..	1) Antes de estar en público siempre comprueba mi aspecto.
…..	2) Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física.
…..	3) Para mí es importante tener mucha fuerza.
…..	4) Mi cuerpo es sexualmente atractivo.
…..	5) No hago ejercicio regularmente.
…..	6) Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física.
…..	7) Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a.
…..	8) Me gusta mi aspecto tal y como es.
…..	9) Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.
…..	10) Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme.
…..	11) Tengo una buena capacidad de resistencia física.
…..	12) Participar en deportes no es importante para mí.
…..	13) No hago cosas que me mantengan en forma.
…..	14) Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí.
…..	15) soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños.
…..	16) Casi todo el mundo me considera guapo.
…..	17) Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno.
…..	18) adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas.
…..	19) Estar en forma no es una prioridad en mi vida.
…..	20) Hago cosas que aumenten mi fuerza física.
…..	21) Raramente estoy enfermo.
…..	22) A menudo leo libros y revistas de salud.
…..	23) Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa.
…..	24) No soy bueno en deportes o juegos.
…..	25) Raramente pienso en mis aptitudes deportivas.
…..	26) Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física.
…..	27) No me preocupo de llevar una dieta equilibrada.
…..	28) Me gusta cómo me sienta la ropa.
…..	29) Presto especial atención al cuidado de mi pelo.
…..	30) No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas.
…..	31) Trato de estar físicamente activo.
…..	32) Presta atención a cualquier signo que indique que pueda estar enfermo.
…..	33) Nunca pienso en mi aspecto.
…..	34) Siempre trato de mejorar mi aspecto físico.
…..	35) Me muevo de forma armónica y coordinada.
…..	36) Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente.
…..	37) Hago deporte regularmente a lo largo del año.
…..	38) Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud física.
…..	39) Al primer signo de enfermedad voy al médico.

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación.

1: Muy insatisfecho/ **2:** bastante insatisfecho/ **3:** punto medio/ **4:** bastante satisfecho/ **5:** muy satisfecho.

-Parte inferior del cuerpo (nalgas muslos, piernas y pies):

-Parte media del cuerpo (abdomen y estómago):

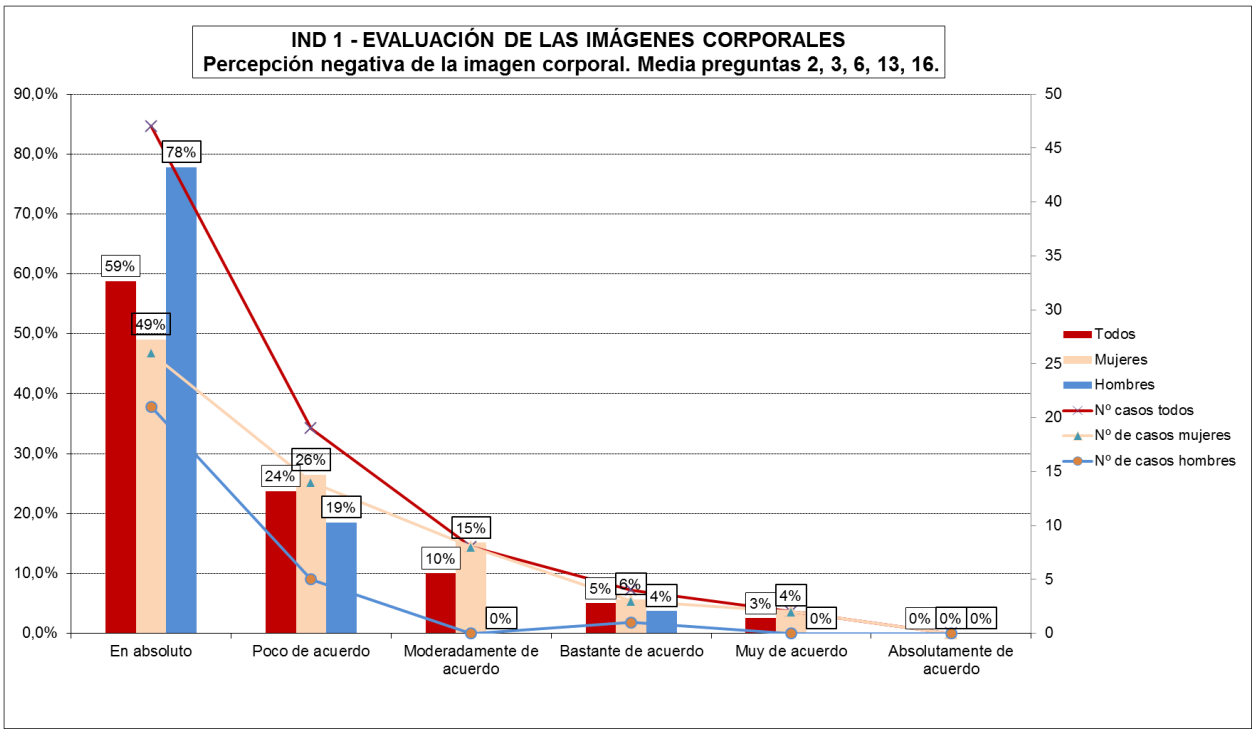
-Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos):

-Tono muscular:

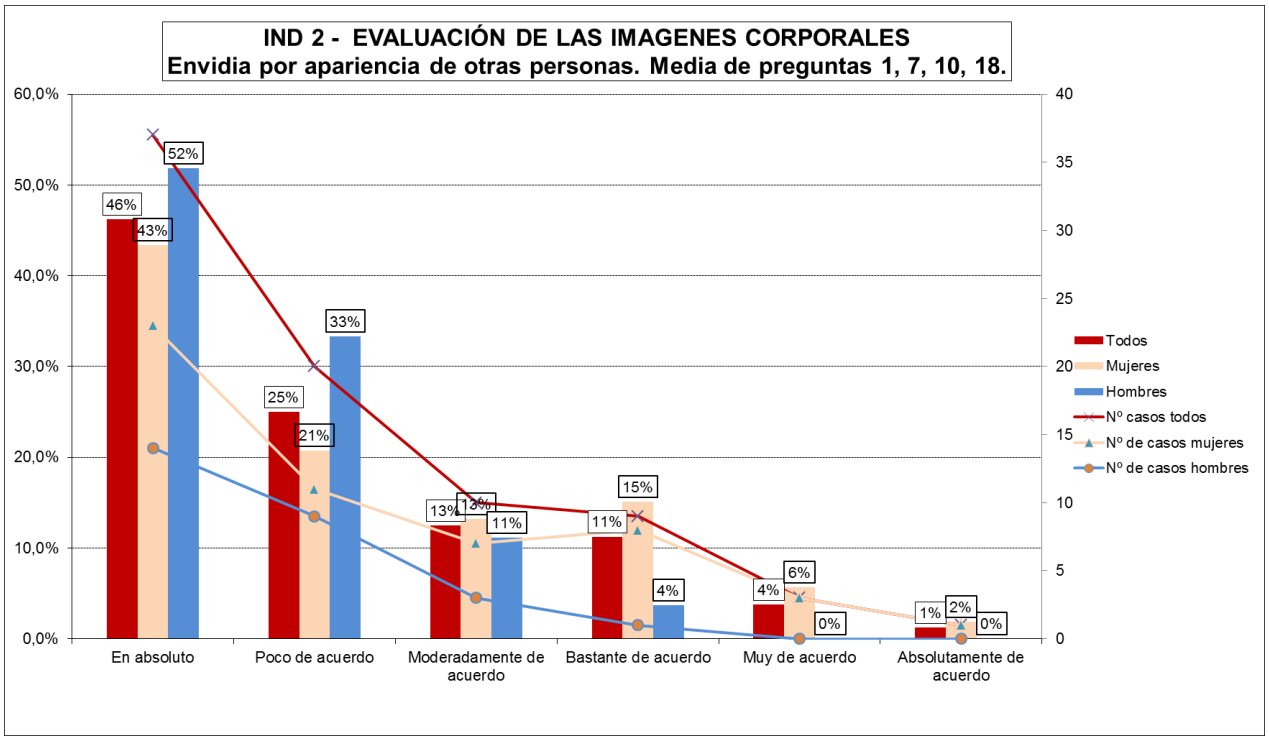
-Peso:

-Aspecto general:

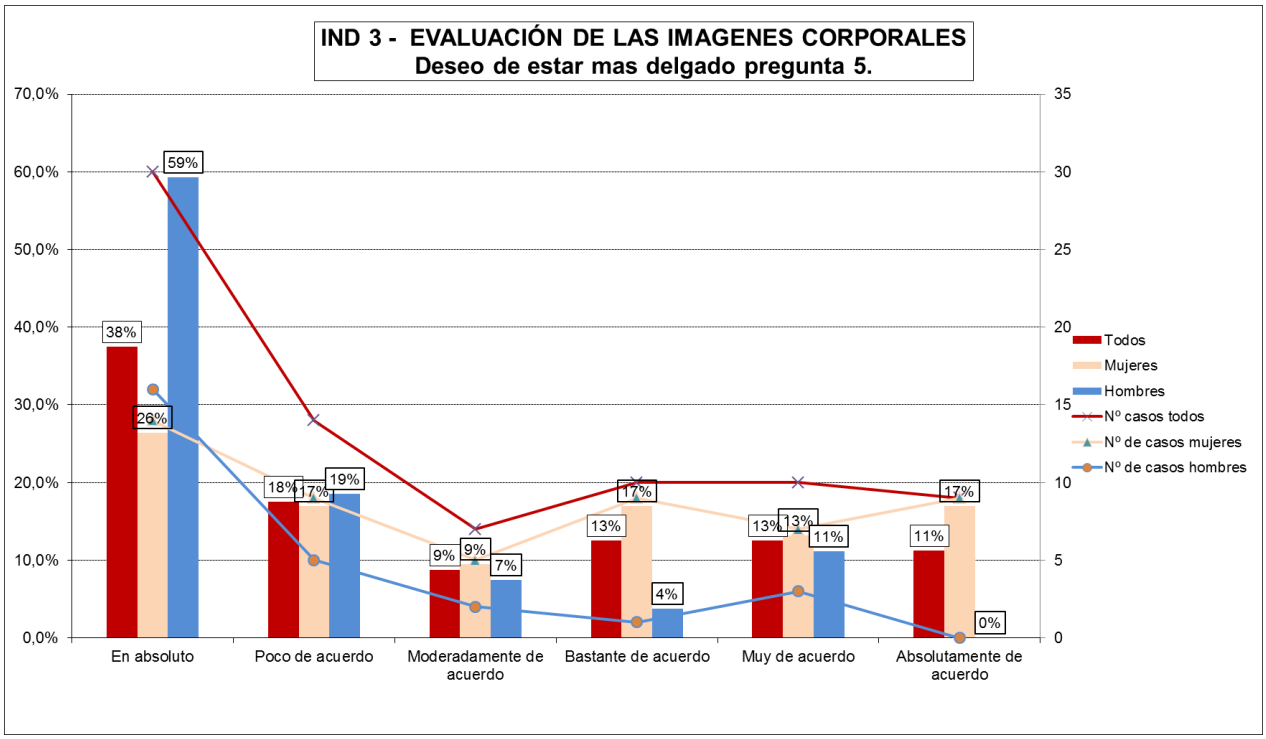
8.1.2. Resultado gráfico de las encuestas



En este indicador, considero los casos con problemas, aquellos que van desde "bastante de acuerdo" a "absolutamente de acuerdo". En la muestra global observo un 8% con problemas al tener una percepción de la imagen corporal negativa. En el caso de las chicas sube al 12 % y en el de los chicos es un 4%.

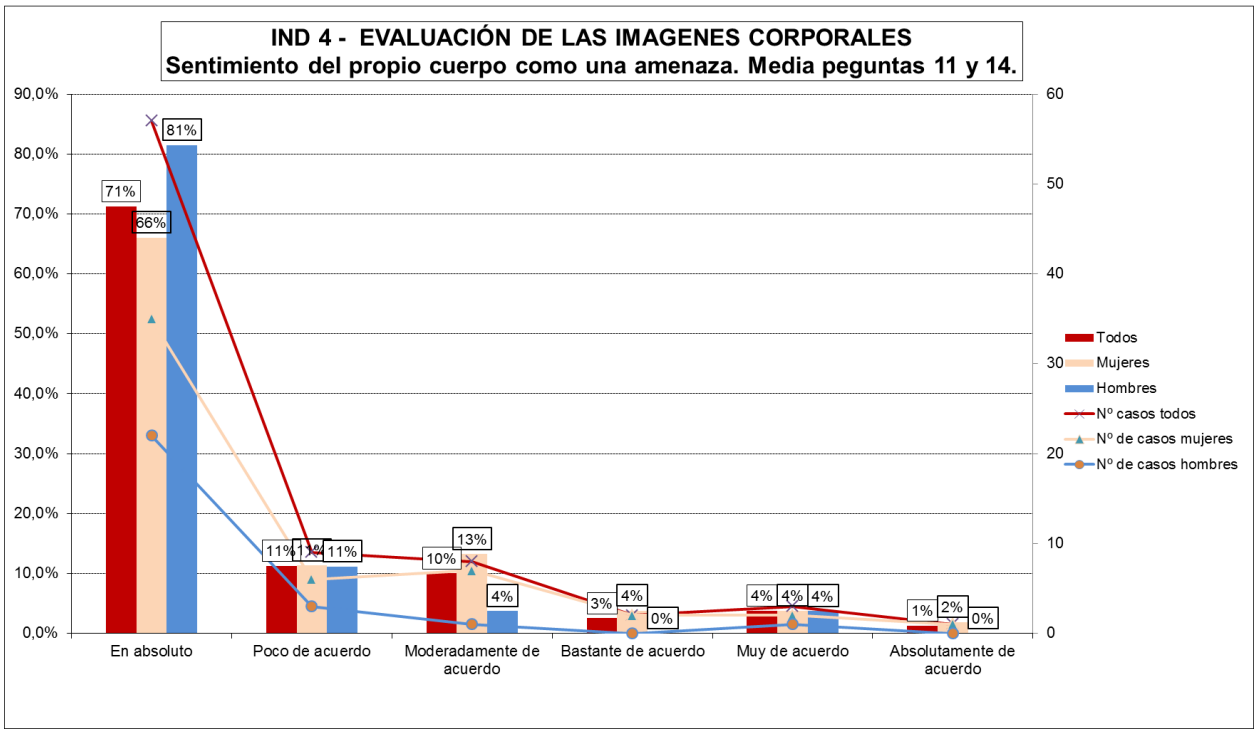


Evaluando las imágenes corporales, y considerando las respuestas de “bastante de acuerdo” a “absolutamente de acuerdo”, el porcentaje total es un 16 % de encuestados que sienten envidia por la apariencia de otras personas. Por género el porcentaje es un 23% en mujeres y solamente un 4% en hombres.

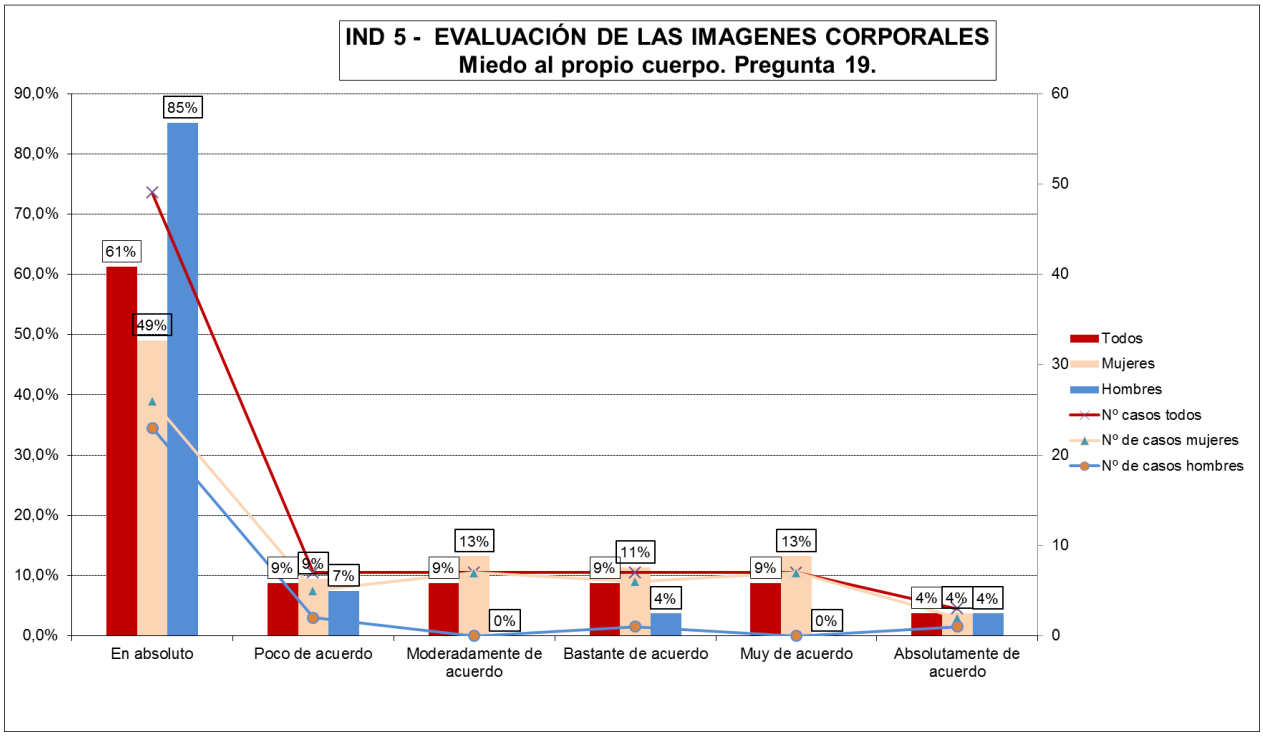


En este gráfico, que evalúa el hecho de desear estar más delgado, muestra que un 37% de la muestra global manifiesta un deseo claro de estar más delgado; porcentaje que sube al 47% en el caso de las chicas y un 15% en los chicos. (Consideramos como en los anteriores indicadores las respuestas de bastante de acuerdo a absolutamente de acuerdo).

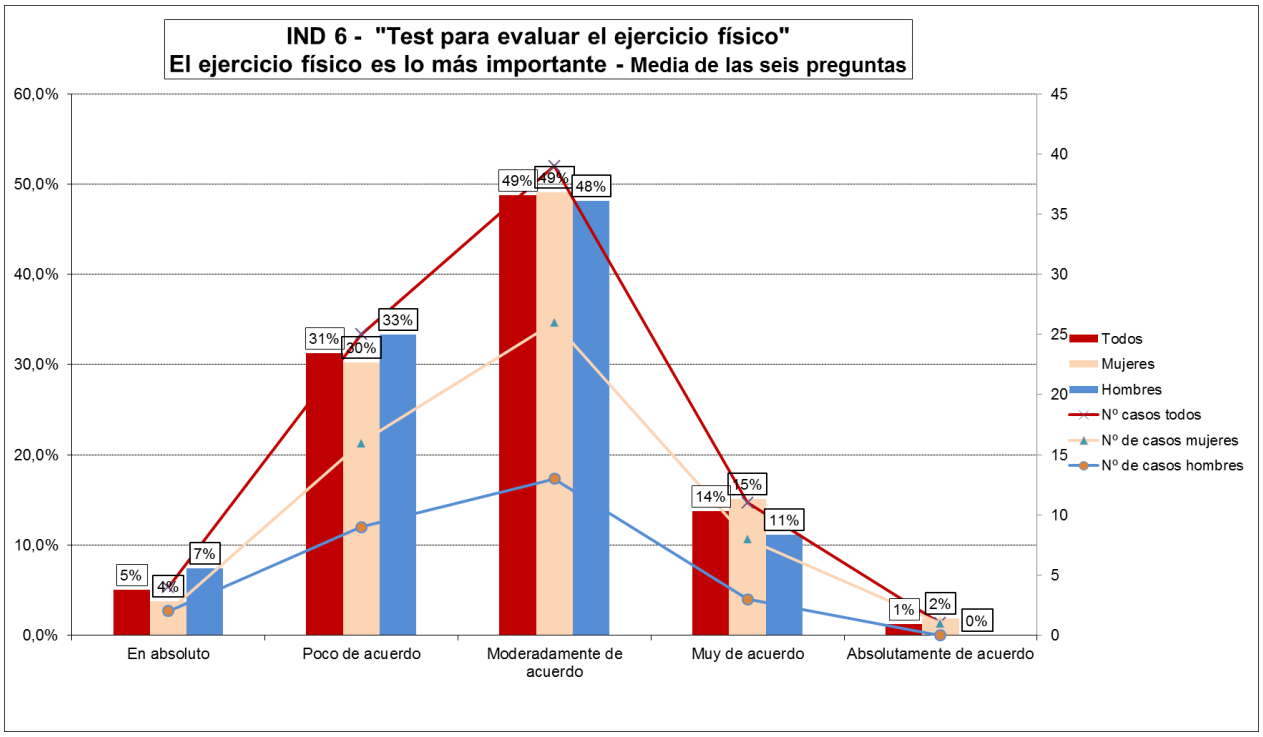
La afectación del deseo de estar más delgado es considerable y preocupante en nuestra muestra de deportistas, ya que los deportistas no suelen presentar problemas de obesidad.



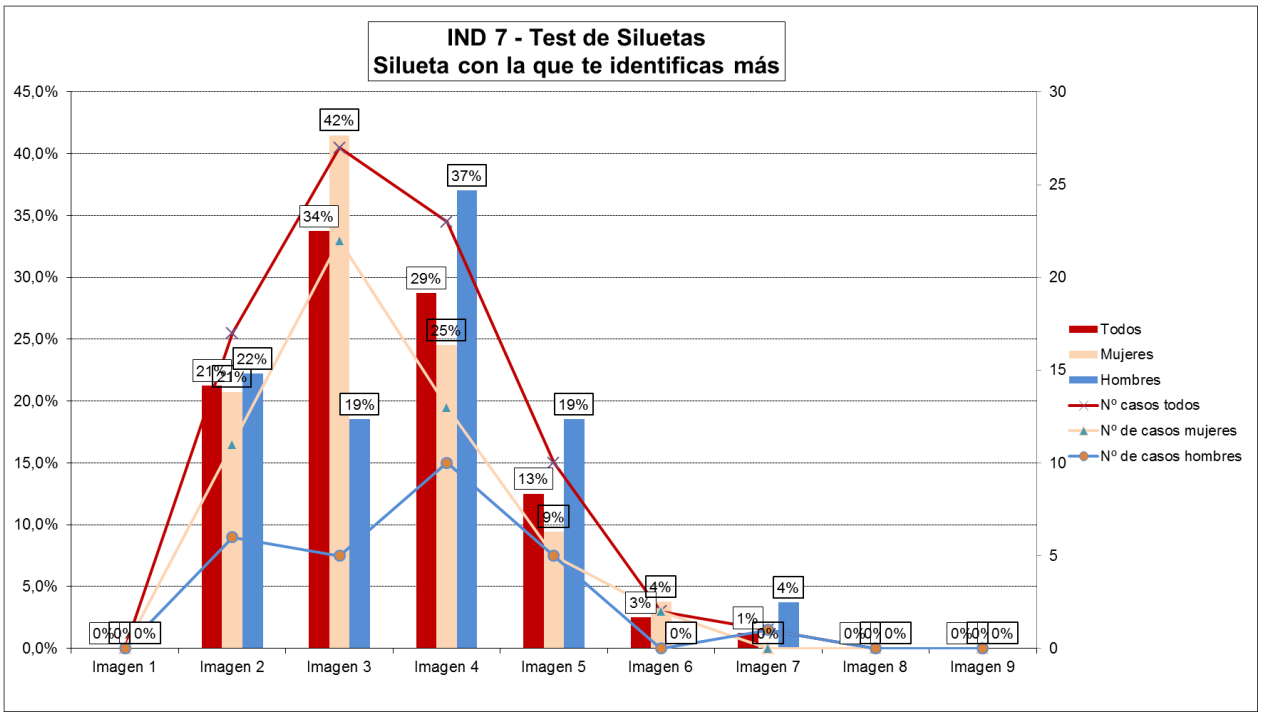
Este indicador que agrupa las respuestas de la pregunta de si uno siente el propio cuerpo como una amenaza, es por suerte, de los que menos afectación tiene. Sólo un 8% global (10% en mujeres y un 4% en chicos) observa su cuerpo como una amenaza (respuestas de bastante de acuerdo a absolutamente de acuerdo).



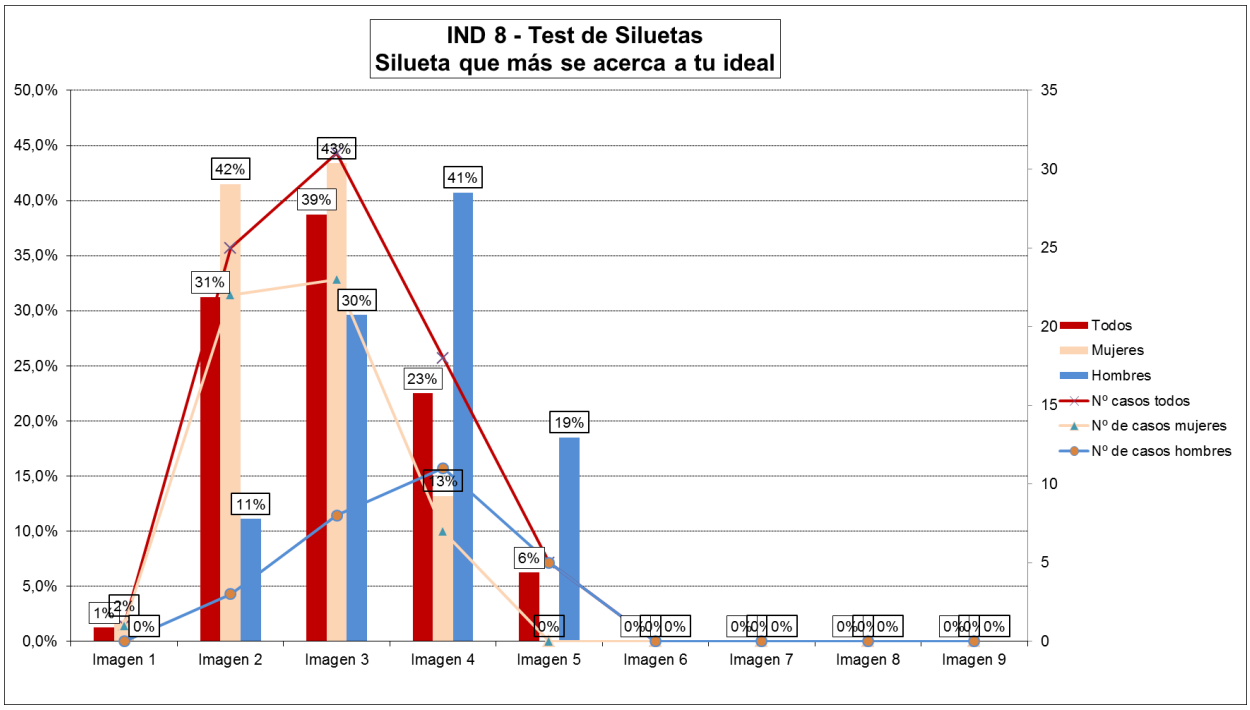
Este gráfico representa el miedo al propio cuerpo. Observamos que un 22% de la muestra total se encuentra entre las últimas tres columnas, es decir entre bastante de acuerdo y muy de acuerdo. En el caso de las chicas, sube a un 28% y en los chicos baja a un 8%.



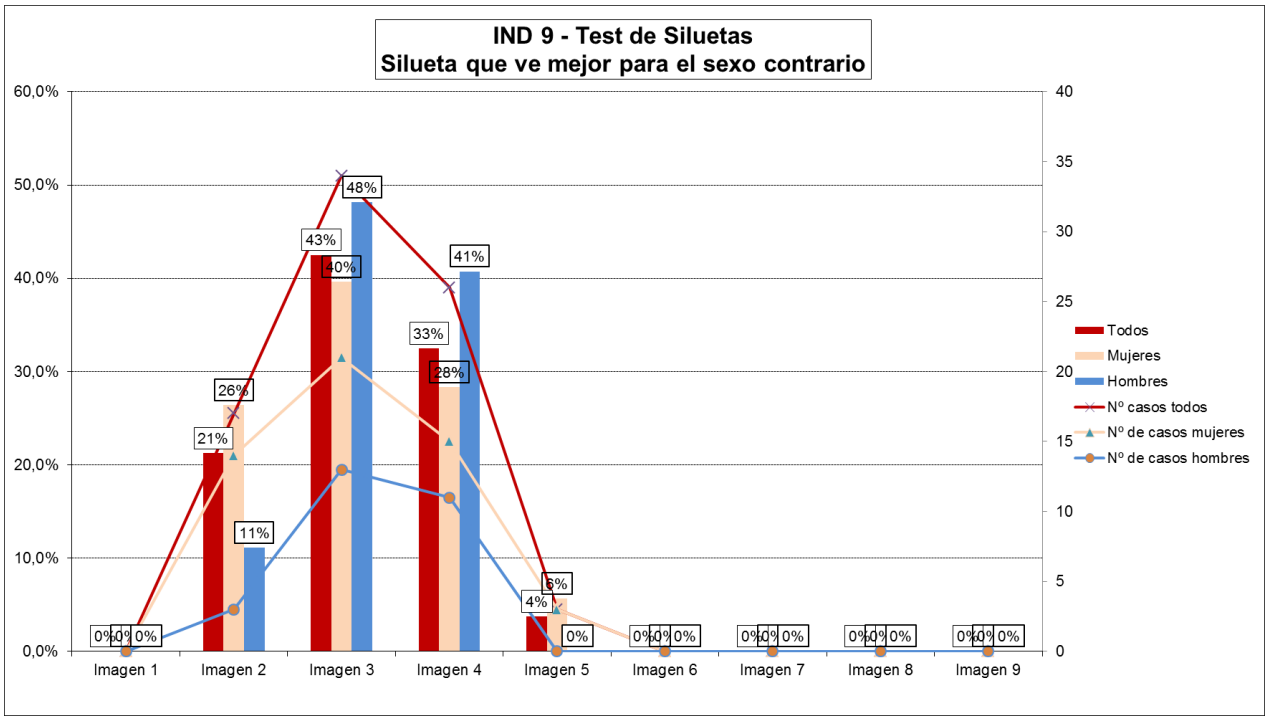
Vemos en este gráfico, que para la mayoría de los deportistas de élite, el deporte a pesar de ocupar un puesto muy significativo en su vida, no es lo más importante. Solamente un 15% del total de encuestados dice estar muy o absolutamente de acuerdo. Esto representa un 17% de las mujeres y un 11% de los hombres.



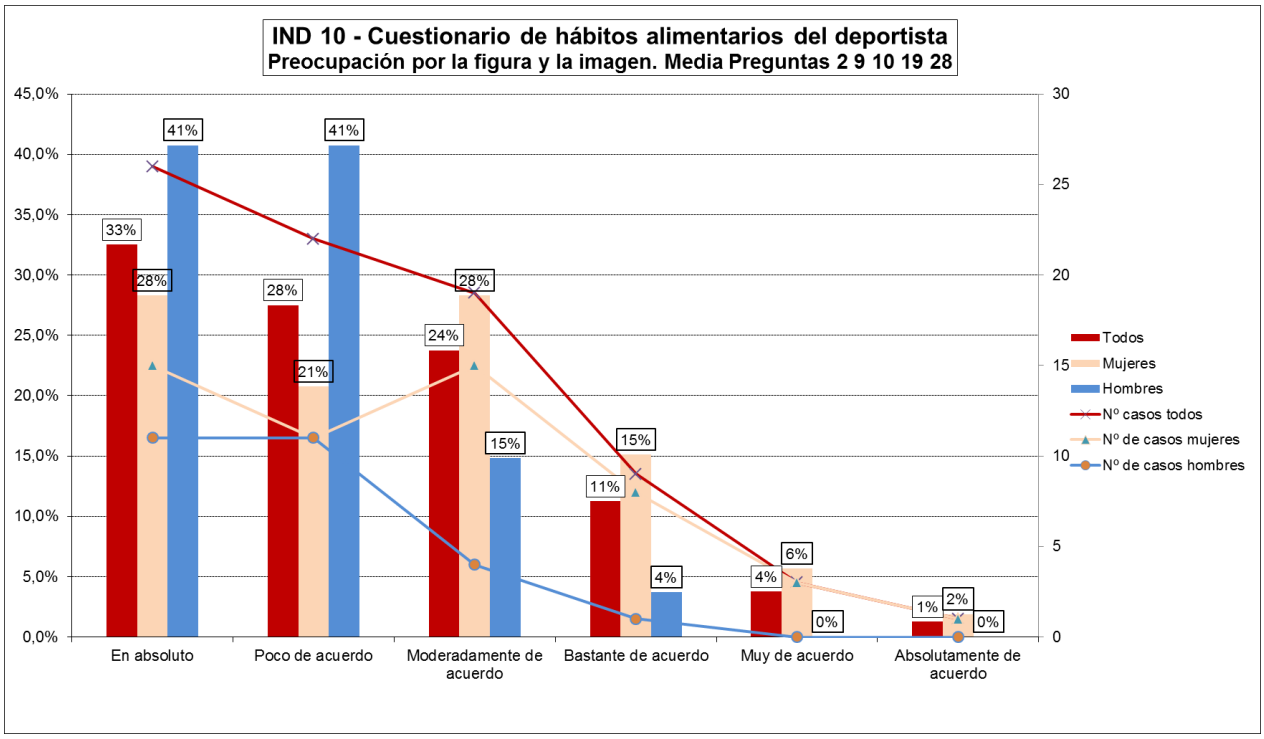
Considerando las siluetas más deseadas por los deportistas las imágenes 2,3 y 4, esto supone un 84 % de los encuestados, vemos que un 63% de las mujeres se identifica con las imágenes 2 y 3 y en cambio la mayoría de hombres se identifica más con las siluetas 4 y 5, con un 56%. Con la imagen número 5 se identifican un 13% de las mujeres y un 19% de hombres. El porcentaje de los que se identifican con las imágenes 6,7, 8 y 9 es insignificante.



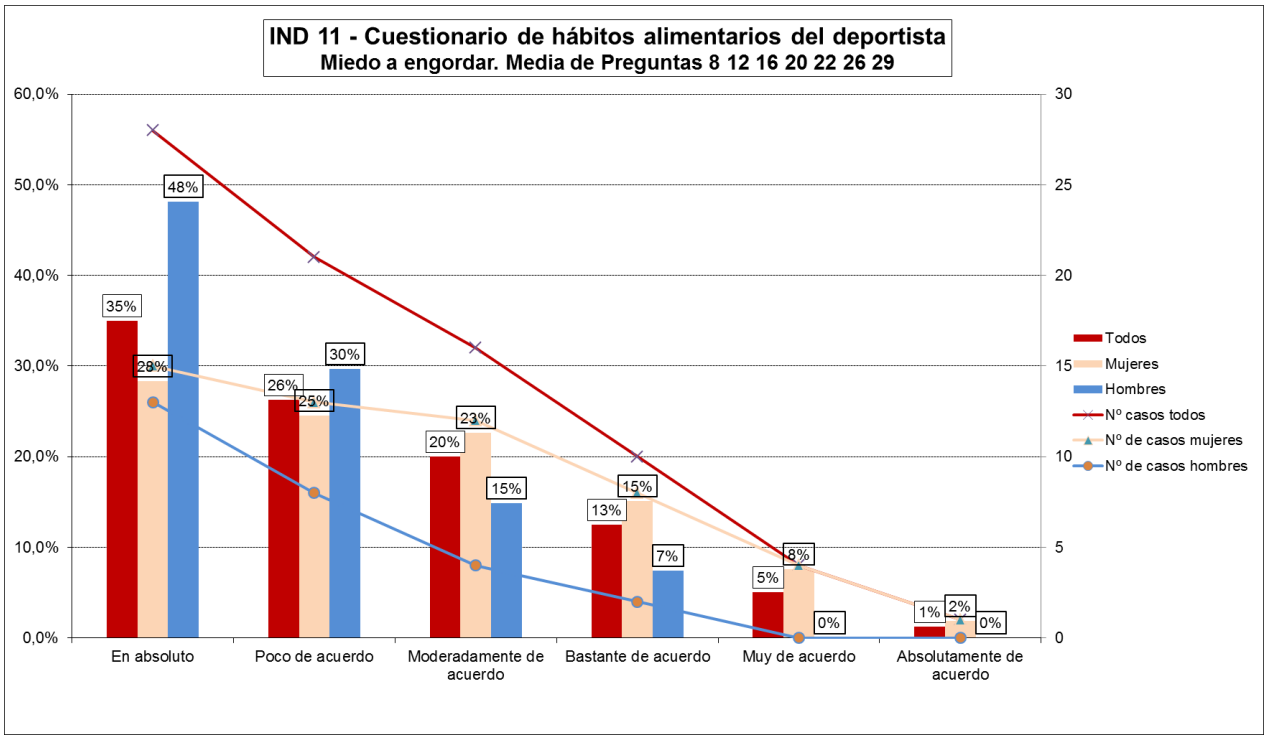
Esta gráfica se ha de interpretar en relación a la gráfica número 7. Identificamos un 70% de deportistas cuya silueta ideal serían las imágenes 2 o 3, le sigue un 29 % que ve su ideal en las siluetas 4 y 5. Ningún encuestado desearía tener una silueta algo más gruesa, como son las imágenes 6,7, y 8. Esto significa que el 71% del total de los encuestados desea estar delgado. Sobre todo las mujeres con un 85%, frente al 41% de hombres, que marcan las imágenes 2 y 3. En cambio hay un 60% de hombres cuyo ideal son las imágenes 4 y 5, frente a un 29% de mujeres.



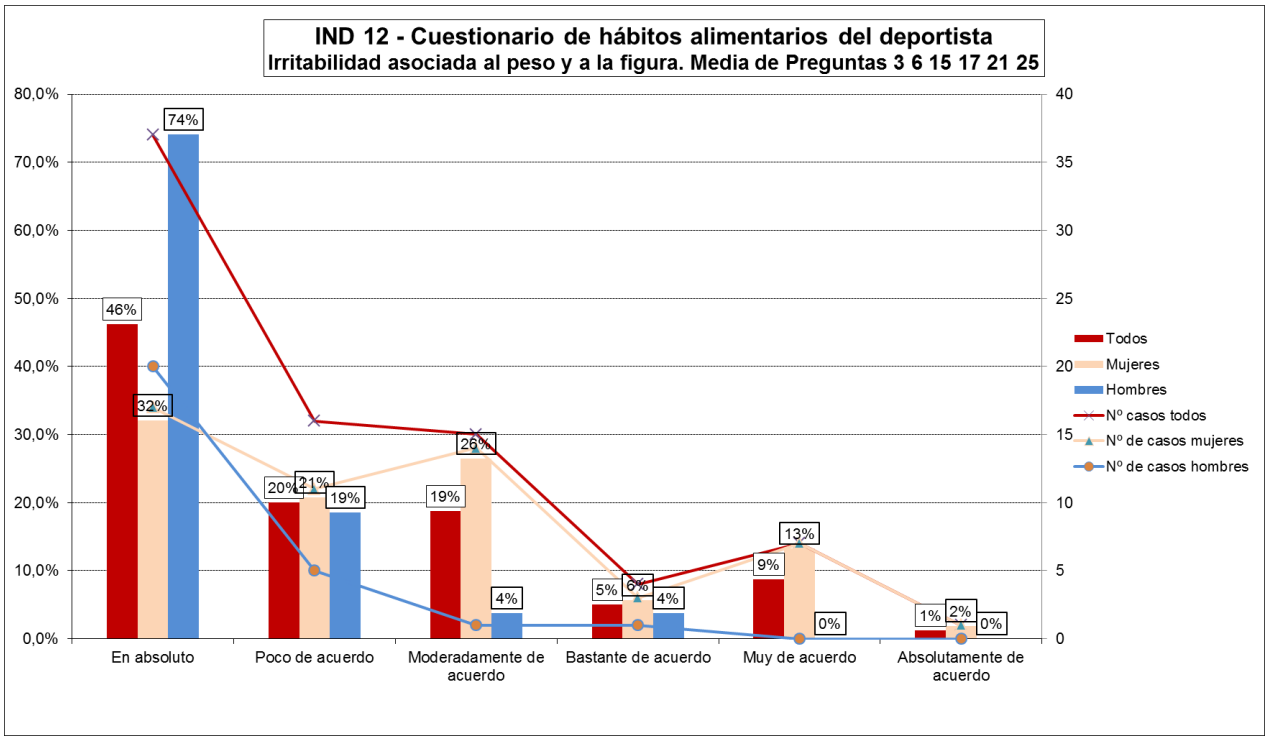
También en los indicadores que hacen referencia a qué silueta se prefiere para el sexo contrario hay una clara preferencia por las imágenes 2 a 4. Esto puede ser debido a la presión social que existe sobre lo que se considera un cuerpo ideal. No hay ningún encuestado que marque las siluetas 1, 6,7, 8, o 9. Un 43% del total elige la imagen 3 como ideal (40% mujeres, 48% hombres) frente a un 21% (26% chicas, 11% chicos) que prefiere la imagen 2 y un 33% (28% chicas, 41% chicos) que ve mejor para el sexo contrario la imagen 4.



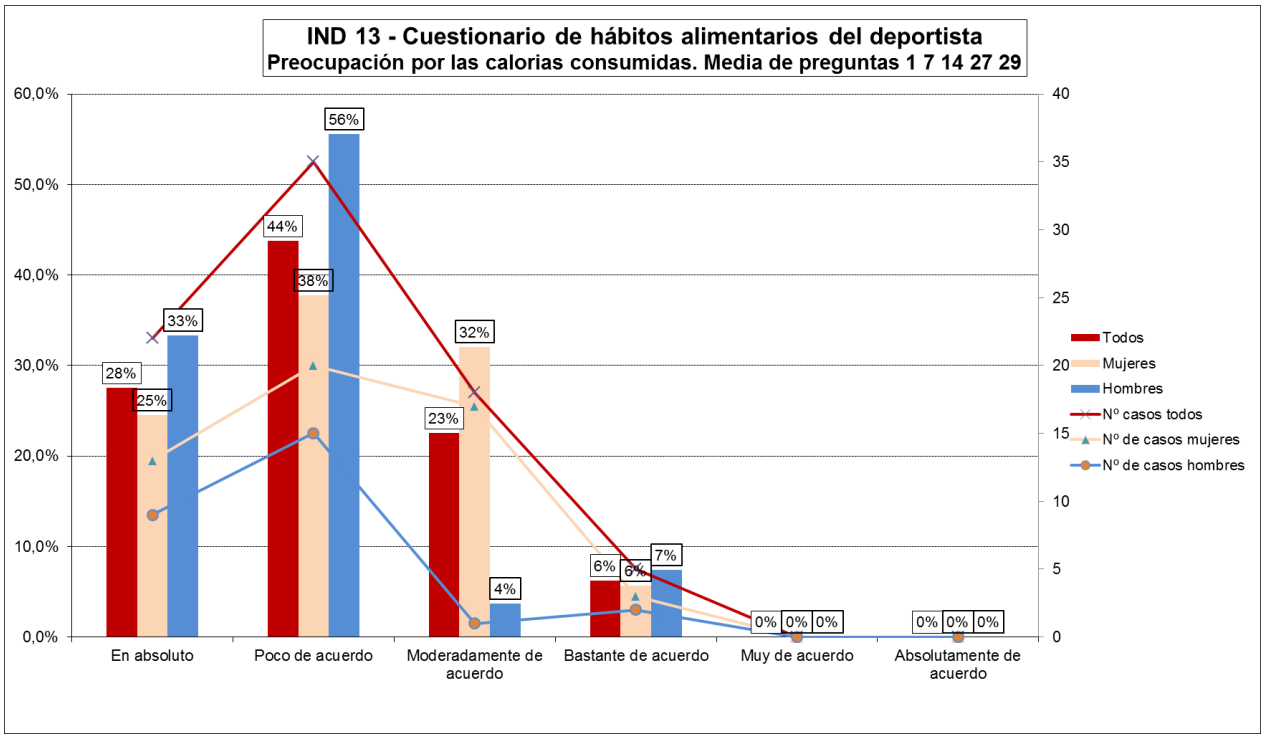
Este indicador que agrupa las respuestas de las preguntas que se refieren a la preocupación por la figura y la imagen, muestra que un 16% del total de encuestados tiene problemas. Un 23 % de mujeres dicen estar bastante, muy o absolutamente de acuerdo, frente a solamente un 4% de hombres.



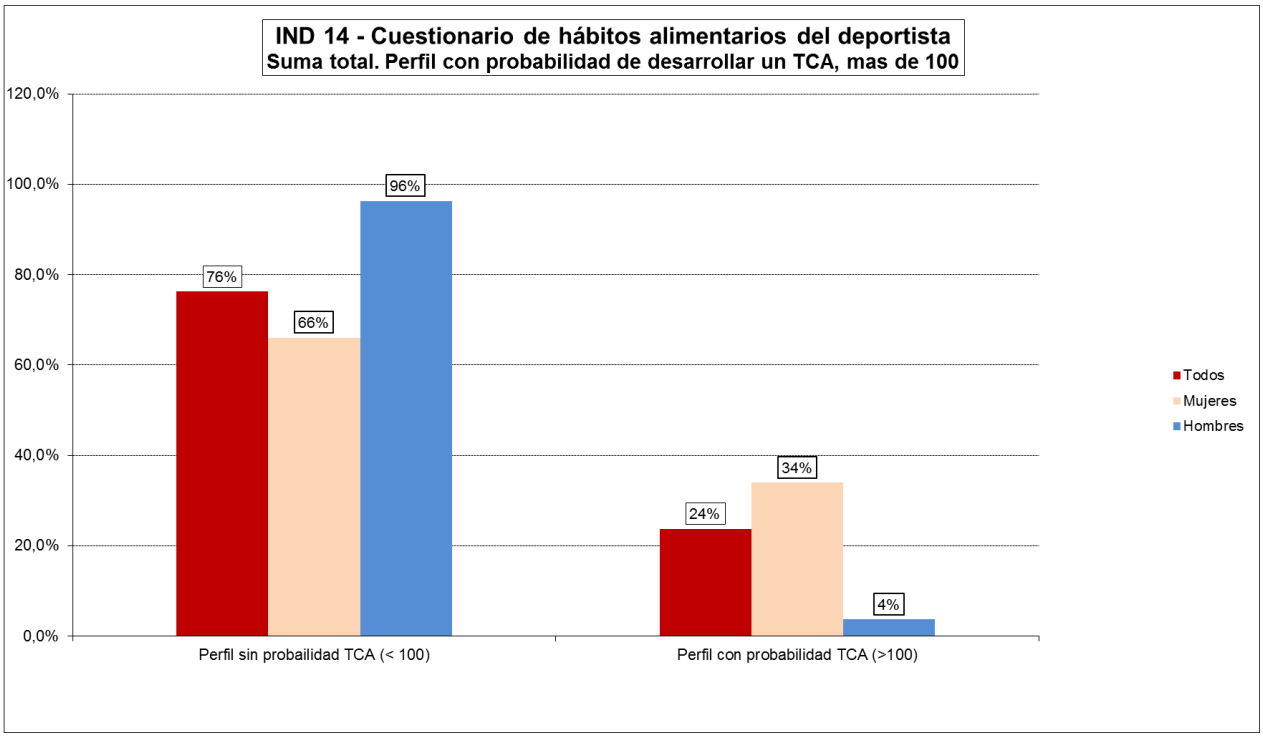
Esta gráfica muestra cuantos encuestados tienen miedo a engordar. Engloba las respuestas de todas las preguntas del cuestionario de hábitos alimentarios del deportista que hacen referencia a este miedo. El 19% del total de deportistas encuestados dicen tener miedo a engordar. Un 25% son mujeres frente a un 7% de hombres. Con lo que se ve claramente, que las mujeres tienen mucho más miedo a engordar que los hombres.



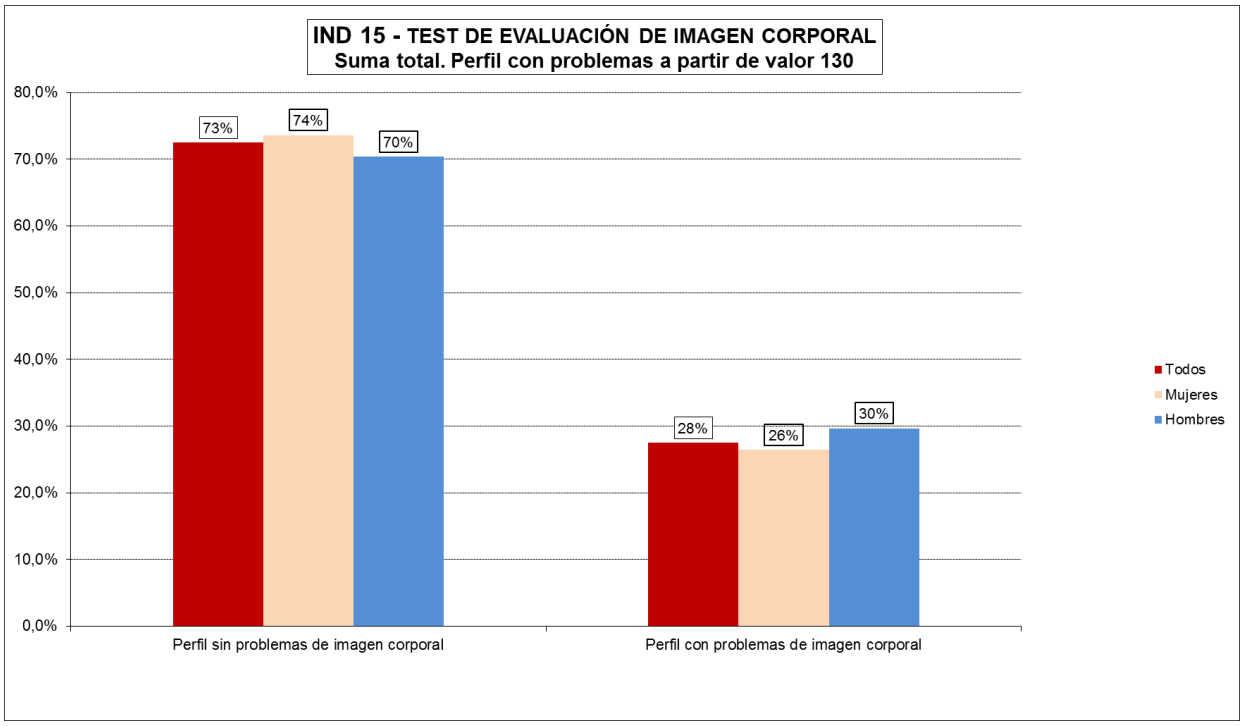
Este indicador agrupa las respuestas que se refieren a la irritabilidad asociada al peso y a la figura. No se muestran resultados alarmantes, pues solamente un 15 % del total declara estar bastante, muy o absolutamente de acuerdo. Se trata de un 21% de chicas frente a un 4% de chicos.



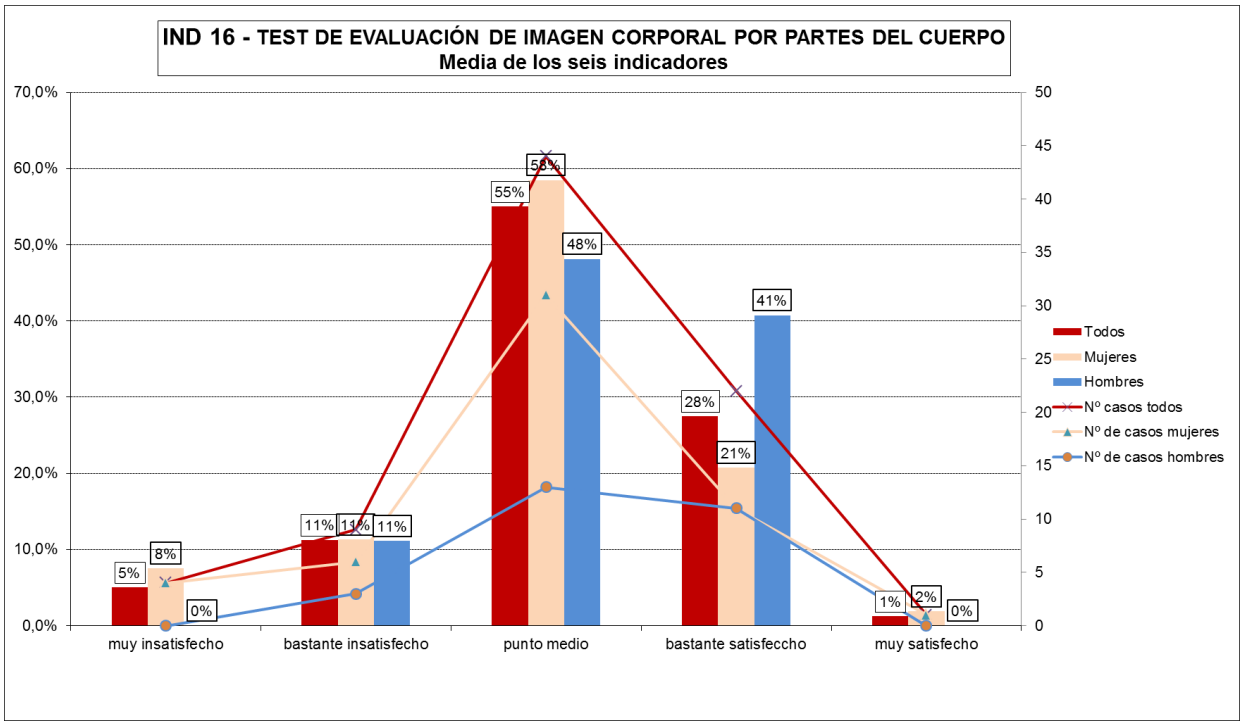
Esta gráfica muestra que solamente un 6% de los encuestados dice estar preocupado por las calorías consumidas. Un 6% de mujeres y un 7% de hombres.



Esta gráfica nos da una visión global sobre los hábitos alimentarios del deportista. Preocupa ver, que un 24% de los encuestados muestra un perfil con probabilidad de desarrollar o padecer un TCA. Solamente un 4% de hombres frente al 34% de mujeres, lo que demuestra la clara predominancia de las mujeres a padecer un TCA



Problemas con su imagen corporal tienen un 26% de los encuestados. Un porcentaje muy similar al porcentaje hallado en la probabilidad de desarrollar un TCA. Lo que es diferente, es que aquí no hay una dominancia del número de mujeres, que es un 26%, sino que en este test un 30% de los hombres tienen problemas con su imagen corporal. Esta imagen está más relacionada con la vigorexia por ejemplo, que es un trastorno que padecen más hombres que mujeres.



Estos indicadores engloban las preguntas relacionadas con la satisfacción de la imagen corporal por partes del cuerpo. La gran mayoría de deportistas se encuentran en el punto medio o están bastante satisfechos; 83% de los encuestados. (76% de mujeres y 89% de hombres). También aquí vemos, que son las mujeres las que tienen más problemas con su imagen corporal que los hombres.

8.1.3. Análisis de las encuestas

La evaluación de las encuestas concluye que el hecho de practicar deporte de alto rendimiento favorece la aparición de TCA, ya que un 24 % de los deportistas encuestados superan los valores normales, mostrando que sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable.

Los TCA afectan en un 30% más a las chicas que a los chicos, según los resultados de mi encuesta. La muestra de encuestas que he realizado agrupa los resultados de 53 mujeres y 27 hombres. Son ellas las que en general muestran puntuaciones más altas en las preguntas relacionadas con los trastornos en hábitos nutricionales y en el control de la ingesta calórica, así como en la percepción de la imagen corporal.

Un 15 % de los deportistas encuestados dicen controlar su peso mediante la práctica del deporte, intensificando el ejercicio durante las sesiones de entrenamiento. Además, la presión que sufre el deportista por parte de su entorno (familia y entrenadores) para mantener un peso óptimo es según los encuestados en mi trabajo un factor determinante en la aparición de su trastorno alimentario (anorexia/bulimia).

Según un informe de Adeslas de 2012[30] en España los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de TCA en población adolescente de alrededor del 4,1 - 4,5%. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años. Si consideramos la totalidad del espectro teniendo en cuenta las formas más leves, la estimación de la frecuencia es mucho mayor y se sitúa entre el 11-16%.La magnitud del problema es evidente, pues está afectando, en mayor o menor medida, al menos a una de cada diez chicas adolescentes por cada chico adolescente.

Si comparo estos datos con el 24% de posibles afectados en TCA de mi estudio, puedo confirmar que los deportistas de élite padecen TCA con un porcentaje mucho más alto que la población normal.

Otros factores predisponentes que muestra mi estudio son:

1. Las críticas sobre su cuerpo. Un 8 % de las encuestas muestran trastornos en referencia a la percepción de su imagen corporal. (1-2, 1-3, 1-6, 1-13, 1-16) Un 16% están preocupados por su figura y su imagen (3-2, 3-9, 3-10, 3-19, 3-28) En ambos casos las mujeres dan índices mayores que los hombres.

2. Insatisfacción y baja autoestima. El 16 % sienten envidia por la apariencia física de otras personas (1-1, 1-7, 1-10, 1-18) y un 8 % muestran un fuerte deseo de estar más delgados. (1-5) Además un 37% afirma sentirse tenso en su cuerpo (1-11, 1-14) y un 22% reconoce que su cuerpo le asusta.(1-19). Muchos

[30] https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifras-anorexia-bulimia.aspx

deportistas, un 19 %, dicen tener miedo a engordar. (3-8, 3-12, 3-16, 3-20, 3-22, 3-26, 3-29).Por eso realizan ejercicio físico como método de pérdida de peso.

3. En el test de las siluetas son principalmente las mujeres las que se ven gordas y con un 63% lideran esta identificación negativa de su cuerpo. Su ideal de figura serían las imágenes 2 y 3. El grado de insatisfacción con su imagen corporal es muy alto. En cambio la figura ideal de los hombres son las imágenes 4 y 5, con la que un 56 % de los chicos encuestados se identifica.

4. Malestar psíquico asociado al peso y a la figura (3-3, 3-6, 3-15, 3-17, 3-21, 3-25).Las encuestas demuestran un especial malestar ante comentarios de compañeros de equipo o entrenadores. Es normal que en deportistas de élite la presión por parte de los entrenadores sea mayor, porque se han de cumplir objetivos Este factor también se asocia a la baja autoestima.

5. Realización de dietas. Muchas veces la práctica del deporte va asociada a una figura muy específica (estilizada, delgada, musculada, fibrada, etc.) que los deportistas consiguen mediante dietas. Un 6 % de encuestados dice estar preocupado por las calorías que come. (3-1, 3-7, 3-14, 3-27, 3-29).La tendencia obsesiva sobre el control del peso y el deseo de adelgazar, son los pensamientos, que de manera especial dominan al deportista de élite.

6. Imagen corporal. Para la mayoría de los deportistas encuestados el sentirse atractivo físicamente es muy importante. El deportista cuida rigurosamente su aspecto y realiza ejercicio para mantener esa forma deseada. Un 24% de los deportistas encuestados supera los 100 puntos en la última tabla de la encuesta que va dirigida a descubrir esta faceta.

Los resultados obtenidos coinciden en gran medida con los consultados en la literatura científica y aportada por mí en la parte teórica del trabajo.

8.1.4. Tabla resultado de las encuestas

A continuación añado la tabla donde he tabulado el resultado de las 80 encuestas realizadas.

Dado el volumen de preguntas, el de encuestas y de cálculos, la visualización en papel es difícil.

Se recomienda visualizar en un ordenador el archivo Excel con la tabulación de los datos del trabajo de campo.

8.2 Entrevistas

8.2.1 Entrevista con el catedrático en Psicología y Pedagogía Francesc Rovira i Toda

Introducción: Dr. Francesc Rovira i Toda comenzó su extenso currículum profesional como profesor de Educación Primaria y secundaria. Posteriormente se licenció en Pedagogía y en Psicología por la Universidad de Barcelona y poco después se doctoró en la misma universidad, donde también impartió clases. Es catedrático en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del deporte en Blanquerna-Universidad Ramón Llull. Le avalan más de 40 años de profesión en el campo de la educación así como de praxis psicológica.

¿Conoce los trastornos de conducta alimentaria?

Sí

¿Cuál es el TCA que más conoce?

La anorexia, ya que es el trastorno que más he tratado. En la anorexia por ejemplo, de lo más alarmante o sorprendente es, que de cada 14 chicas sólo 1 chico padece anorexia. Normalmente la anorexia estalla a los 13 años. En parte porque aparece el deseo de autonomía que hasta los 13 ha estado escondido, sobreprotegido. Además me gustaría añadir que las personas que padecen un trastorno alimentario son muy perfeccionistas. Este perfeccionismo que normalmente ha estado controlado por los padres hasta que el afectado cumple una cierta edad (normalmente alrededor de los 13) donde empieza a ser autónoma. Una chica anoréxica ha sido querida, protegida,

vigilada y, sobre todo, poco autónoma. Por eso cuando toca ser autónomo no saben cómo hacerlo ni cómo expresar sus deseos o sus reivindicaciones y lo hacen de una manera secundaria como puede ser por ejemplo dañándose su propio cuerpo.

¿Y cómo definiría los TCA?

Podemos decir que un TCA es un trastorno psicosomático. “Psico”, engloba las palabras autoestima, autonomía, felicidad. y *soma*, que en griego significa cuerpo, está directamente relacionado con el “psico”. Si el “psico” es positivo hay una buena autoestima y una buena autonomía y felicidad y el cuerpo por lo tanto estará sano. “Psico” y “soma” están unidos.

¿Qué tipo de tratamiento se aplica a una persona que padece un trastorno alimentario como la anorexia?

El tratamiento consta de una primera parte sintomática o conductista basada en el concepto de estímulo respuesta. Trata la conducta, un síntoma, pero no ataca la raíz del problema. Un ejemplo para entender este concepto es por ejemplo cuando tratas la fiebre con paracetamol que hace que baje la fiebre, pero no cura la causa de la fiebre, que podría ser por ejemplo una pulmonía, con lo cual volverás a tener fiebre y hay una recaída.

¿Dónde se llevan a cabo estos tratamientos?

Hay una serie de centros o en los mismos hospitales donde se tratan estos trastornos. Uno de los centros que más conozco es el de La Garriga. Pero allí no sólo se trata a los pacientes con los tratamientos sintomáticos o conductistas. En estos centros también se trata la raíz del problema a través de un tratamiento sistémico. La palabra sistémico implica un sistema qué se refiere a todo el alrededor del individuo del problema. Por lo tanto ante un problema hay una frase que me gusta mucho: "todos somos parte del problema y por lo tanto todos somos parte de la solución". En el caso de los trastornos alimentarios, como primer punto podríamos decir que la persona afectada no es consciente ni acepta su problema. En segundo lugar, los padres de la chica/o no aceptan que son responsables y en tercer lugar, cuando la persona aprende a ser autónoma, es cuando se cura.

¿Y de dónde proviene este trastorno? ¿Cuáles son los orígenes?

Los humanos tenemos cuatro tendencias o necesidades innatas, que serían la autonomía, la responsabilidad de los actos, la autoestima que está en relación con la superación personal y, por último, los amigos y las amistades. Todos estos factores conviven en equilibrio, pero en las personas que padecen un trastorno alimentario como puede ser en la anorexia, bulimia, vigorexia y en cualquier tipo de TCA, este equilibrio se rompe. También tenemos que destacar que las personas que padecen un trastorno alimentario tienen un gran afán de perfeccionismo. Este perfeccionismo puede tener un aspecto positivo, que sería una tensión sana de superación del individuo, pero también puede tener una tensión negativa o enfermiza. Las personas perfeccionistas "nunca llegarán a ser lo que quieren ser", porque siempre lo quieren tener todo controlado.

¿Qué sabe acerca de la vigorexia?

Tengo entendido que los puntos claves para un vigoréxico son que nunca le acaba de gustar su imagen corporal, que hay una adicción al ejercicio físico, a lo que me gustaría remarcar, que adicción implica exceso y por lo tanto es una palabra negativa y también está muy relacionado con un tema de autoestima, porque no encontrarás a alguien que padezca un TCA que tenga autoestima.

Por ejemplo en la anorexia, esta falta de autoestima ¿de dónde puede proceder?. El ejemplo claro son las modelos. Cuando una adolescente observa a una modelo, y ve su triunfo, le surge un afán de querer ser como ella. De cada 100 niñas que las observan, las estudian y las admiran, hay solo dos que se enganchan, es decir, un 2%.

¿Para finalizar le gustaría añadir algún aspecto más?

Para concluir me gustaría resumir en cuatro palabras que los TCA son unos trastornos psicosomáticos en los que hay una falta de autoestima y de autonomía. No basta un tratamiento físico. Es necesaria una terapia sistemática para conseguir un aumento de autonomía y autoestima.

De acuerdo, gracias por la dedicación de su tiempo.

8.2.2 Entrevista a deportista de patinaje artístico sobre hielo afectada de TCA - Anorexia

¿Desde cuándo llevas sufriendo anorexia?

Empecé con una restricción muy leve cuando hacía primero de la ESO (12 años), aunque fue a principios de tercero (14 años) cuando entré de lleno en la enfermedad. Así que llevo casi ocho años sufriendo un trastorno alimenticio.

¿Cuándo y cómo te diste cuenta de que tenías un problema?

Muy al final. Cuando empiezas con esta enfermedad no te das cuenta de que estás enfermo; piensas que tú controlas, que ya lo pararás cuando quieras, que, aunque lo que hagas no sea normal, te hace destacar y te hace ser más fuerte. Estás tan ciego, que es imposible que lo veas. Este pasado mes de enero empecé a salir con un chico y a raíz de hablar con él sobre el tema, de ir a comer con él o su familia, cenar con él…, vi que todo lo que yo había pensado durante ocho años era mentira. No podía dejarlo cuando quisiera, ni controlaba, porque era incapaz de comer delante de otras personas sin vomitar después y sentirme morir. Así, poco a poco, vi que la comida era únicamente el centro de mi vida, no de la vida de todos los que me rodeaban y acabé pensando —aún sin llegarlo a aceptar— que, quizá, sí que tenía un problemilla.

¿Quién te ayudó a enfrentarte a tu problema?

La verdad es que mi novio y su familia han sido un apoyo incondicional para mí. Mi familia ha estado siempre bastante obsesionada con el físico y no comer lo que querías por adelgazar era considerado un triunfo. A medida que fui hablando con mi pareja y su madre me di cuenta de que no podía seguir pensando así porque estaba arriesgando mi vida. Empecé a ir a una psicóloga que acabó por prohibirme el deporte, ir a la playa (por tema de comparaciones), ir al baño después de comer…, y me di cuenta de que no podía vivir sin ello, de que me controlaba hasta tal punto que antes que yo iba la enfermedad.

¿Cómo? ¿Sigues alguna terapia?

Sí. Al darme cuenta de que era incapaz de vivir sin restringir, vomitar o hiperactivar (hacer mucho deporte), vi que con ir al psicólogo una vez a la semana no era suficiente, porque podía seguir haciendo lo que me diera la gana. Así que con Anna, mi psicóloga, estuvimos buscando centros de día para empezar la recuperación y así acabé en ITA, donde hacemos tres terapias al día de hora y cuarto y hacemos el tente, la comida y la merienda allí.

¿Crees que lo que estás haciendo te ayuda?

Absolutamente. Ahora ya soy plenamente consciente de mi enfermedad y de que el camino y la lucha más larga empiezan ahora. Pero me está ayudando mucho; cada día que salgo soy un poquito mejor que antes de entrar.

¿Cuáles pueden ser los motivos por los que padeces esta enfermedad?

Los motivos que te llevan a un trastorno alimenticio son muchísimos; hay un cúmulo de cosas, no es nunca una única razón. En mi caso, por ejemplo, influyeron mucho los comentarios familiares a cerca de mi físico ("esconde la barriga", "no comas esto que tiene X gramos de azúcar"…). Las amigas con las que siempre había ido me dieron la espalda y me empezaron a insultar, las constantes peleas de mis padres me llevaron a pensar que si yo era perfecta les quitaría una preocupación y empecé a hacerlo todo impecable (matrículas en los estudios…). ¿Y qué es más perfecto que ser guapa y estar delgada? Para mí no había nada que pudiera ser mejor. Además, en el patinaje, también hay una presión estética fuerte. Estas son algunas de ellas; la verdad es que aún estoy descubriendo qué me ha llevado hasta aquí.

¿Crees que el deporte es parte de tu problema?

Sí, el patinaje es un deporte donde la belleza es primordial; la belleza de los movimientos, la belleza de los gestos… La belleza del cuerpo, sobre todo. Yo veía las patinadoras y pensaba: "quiero ser como ellas; quiero estar como ellas." Es un deseo inconsciente que va calando poco a poco. Como ver modelos, por ejemplo, es alguien a quien admiras y en quien quieres verte reflejada. Además el hecho de hacer ejercicio en sí, también podría decir que me animó a adelgazar.

¿Cuándo empezaste el tratamiento tuviste que dejar de patinar?

Sí. El deporte es una de las primeras cosas que me prohibieron. Uno de los síntomas principales es hiperactivar, hacer mucho deporte con la intención de quemar. Y yo cada vez que saltaba pensaba: "salta una vez más que quemarás más calorías". Es un pensamiento enfermizo y si no dejas de hacer lo que te hace pensar de esta manera, no llegas a eliminar nunca estas voces que te acaban dominando.

Si es que sí, ¿cómo te afectó?

Uf, lo pasé fatal. La parte racional echaba de menos hacer lo que tanto, tantísimo me apasionaba. La parte enfermiza solo podía pensar que le estaban quitando una fuente de quemar calorías y adelgazar. Así va esta enfermedad, es muy irracional, pero te domina.

Es estos momentos, ¿qué es lo más importante para ti?

No recaer y luchar cada día para ser mejor. Sobre todo para mí y para mi novio, que está incondicionalmente a mi lado.

¿Qué hacías para perder peso?

Eliminé muchos alimentos en mi día a día, vomitaba cada vez que comía —a veces incluso sin comer—, pasaba muchas horas en el gimnasio, corriendo, caminando… tomaba laxantes, diuréticos, pastillas adelgazantes, quema grasas…

Descríbete con 5 adjetivos:

1. Perfeccionista

2. Trabajadora

3. Cariñosa

4. Constante

5. Empática

¿Podrías describirme tu estado físico?

Los psicólogos y los médicos dicen que tengo distorsión, así que no sé cómo estoy en realidad… Sé que yo me veo enorme y que odio mi cuerpo, pero no sé más allá de lo que veo.

Exactamente, ¿qué sientes cuando te miras en un espejo?

Que el mundo se me viene abajo. No puedo mirarme y sentirme bien; a veces tengo un buen día y cuando me miro, cambio, dejo de ser yo y paso a estar mal.

¿Cómo es tu relación con la comida?

Actualmente la acepto porque estoy en tratamiento y me he dado cuenta de que la comida es solo la punta del iceberg, es solo la forma mediante la cual expresas todo lo que te ha pasado.

¿La anorexia ha afectado a tus relaciones personales? (Amigos, familia...)

Sí. Me aislé mucho tanto a nivel familiar como social, solo quería estar sola, pensaba todo el día en cuándo podría comer, cómo y por qué. Dejé de ir con mis amigas porque ellas cenaban y yo no quería; o iba y decía que ya había cenado en casa y a mis padres les decía que cenaba con ellas… Las mentiras, la manipulación… acabó con todo.

¿Tú planeaste empezar con todo esto o ya era muy tarde cuando notaste por lo que estabas pasando?

Yo nunca llegué a pensar que estaba enferma. Cuando me di cuenta fue porque estaba tan dentro de ella que me di cuenta que no podía salir sola.

¿Cuál fue o está siendo el momento más duro?

Al principio comer fue lo más difícil. Después tener que dejar la universidad, el deporte y los estudios, también asimilar que no podía ir de vacaciones con la familia de mi novio. Aceptar que estoy enferma y que mi vida debe cambiar ha sido muy duro, también.

8.2.3 - Entrevista a deportista de Natación Sincronizada afectada de TCA - Anorexia

¿Desde cuándo llevas sufriendo anorexia?

Desde hace 5 años, cuando tenía 13.

¿Cuándo y cómo te diste cuenta de que tenías un problema?

Pues cuando estaba muy delgada y mis padres empezaron a darse cuenta de lo que hacía con la comida.

¿Quién te ayudó a enfrentarte a tu problema? ¿Cómo?

Sobre todo mis amigos, mucho más que mi familia. Bueno, ellos me motivaban y me ayudaban psicológicamente para tirar adelante y mis padres se encargaban de tomar medidas y me llevaron al médico.

¿Sigues alguna terapia?

Sí, estuve yendo durante 7 meses al hospital St. Joan de Déu, donde recibía tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico. Empecé yendo una vez por semana y al final podía ir una vez al mes. Pero cuando me dieron el alta médica dejé de ir. O sea el alta psicológica no lo tengo.

¿Crees que lo que hacías te ayudó?

Depende. Creo que sí pero no en todos los aspectos. El que más me ayudó fue el psicólogo, porque es el que más empatiza contigo y está bastante cercano a ti. El psiquiatra en cambio es súper frío y tajante... cada vez que lo visitaba salía llorando y era muy duro. Lo odiaba. Y el médico simplemente te analiza físicamente y me daba igual.

¿Cuáles pueden ser los motivos por los que padeces esta enfermedad?

Yo creo que lo que más me influyó cuando empecé fue la natación sincronizada, porque además yo estaba en la edad donde las chicas empezamos a cambiar bastante nuestro físico y queremos estar en el ideal que nos piden cada día las entrenadoras o la sincro en sí misma. Se me empezaron a ensanchar las piernas y me veía gorda al lado de mis compañeras. Además de que claro, cuando nos grababan en video y nos corregían después, pues siempre se veían mejor las personas más estilizadas. Esto era así.

¿Por lo tanto, crees que el deporte es parte de tu problema?

Sí, sí, yo soy una persona que necesita hacer deporte. No soy de las típicas que se puede estar todo el día en el sofá de casa. Necesito moverme. Además a mí la sincro me gustaba mucho.

¿Cuándo empezaste el tratamiento tuviste que dejar de hacer sincro?

Sí, me dijeron que debía dejar la competición, pero para mí no tenía sentido hacer un deporte sin competir después, porque era como entrenar para nada y me negué a dejar la competición. Llegué a un acuerdo con los médicos y me cambié a la natación. Este cambio supuso entrenar menos horas y además no había esta presión estética del deporte que a mí tanto me preocupaba. Pero no era nada fácil, porque me controlaban un montón. Me imponían normas como: si no comes, no vas a entrenar. Si bajas de peso, tampoco, y muchas presiones más por el estilo. Lo que también me molestaba , era que se enteraban de todo. No sé cómo lo hacían pero sabían cualquier cosa que hubiese hecho con la comida. No podía tener secretos.

Es estos momentos, ¿qué es lo más importante para ti?

Estudiar, empezar la universidad, ser feliz y no sé, superar mi problema.

¿Qué hacías para perder peso?

¡Buff! Hacía de todo. Me pasaba días enteros sin comer, escondía la comida en bolsas y la tiraba...

¿Y no pasabas hambre?

No. El cuerpo se acostumbra a todo. A ver, tampoco dejé de comer de golpe. Fue una cosa progresiva. Primero empecé reduciendo la cantidad de comida y sacando determinados alimentos de mi dieta y cada vez iba comiendo menos y al final me podía pasar días enteros seguidos sin comer. Además me pasé más de un año sin poder comer snacks ni dulces como el chocolate. Hace muy poco que he vuelto a comerlos. Ahora por fin, si me dijeras de ir a comer a cualquier sitio, como una pizzería o al 100 montaditos, te diría que sí. Pero me ha costado cinco años llegar hasta aquí.

Descríbete con 5 adjetivos:

Alegre, pero suelo decantarme más hacia lo negativo. No es pesimismo pero se acerca un poco. También soy sociable, empática, tozuda o persistente y colaboradora.

¿Podrías describirme tu estado físico?

Hombre, estoy gordita. Pero sé que nunca más voy a volver a estar en el peso que estuve una vez... además por fin sé que las personas te quieren aunque estés gordita. Es lo que me ha tocado. Como al que le toca ser feo. Y si me siguen mirando por la calle pues paso de ello.

Exactamente, ¿qué sientes o sentías cuando te miras en un espejo?

Antes siempre me preguntaba, que si estaba gorda, que si estaba guapa o que si tenía partes con más volumen. La vista siempre se me iba a las mismas partes del cuerpo, como por ejemplo a mis muslos y aductores. Ahora es lo mismo pero en menor medida.

¿Siempre que ves un espejo te miras en él?

Los intento evitar, sobre todo para no rallarme, porque además no todos los espejos son iguales. Aunque admito que en casa sí que me miro mucho.

¿Cómo es tu relación con la comida?

Mucho mejor que antes. Ahora podría comer de todo. Incluso alimentos que antes tenía prohibidos como las patatas fritas o el pastel de chocolate.

¿Pero si un día comes "mal", tomas medidas para compensarlo?

Depende, tengo días buenos y días malos. A veces aún sigo haciéndolo. Por ejemplo al día siguiente solo me alimento de comida con pocas calorías, de ensaladas básicamente. Y antes solía mirar si me había engordado, pero ahora ya no tengo una báscula en casa. Me la quitaron y además no tengo valor de subirme ahora.

¿Hace cuánto que no te pesas?

Desde el verano. En agosto fue la última vez, porque tuve revisión médica y es en el único lugar donde me sigo pesando.

¿La anorexia ha afectado a tus relaciones personales? (Amigos, familia...)

Sí, lo sufren contigo. Los amigos sobre todo se preocupan mucho por ti y hacen que tú también lo pases mal porque te dicen que no quieren que te pase esto o aquello... También me han llegado a decir que no quieren que me muera y esto duele mucho.

Con la familia en cambio todo eran discusiones y había bastante mal rollo en casa.

Ellos me querían hacer ver las cosas como son, pero yo soy muy tozuda y no les hacía caso.

¿Tú planeaste empezar con todo esto o ya era muy tarde cuando notaste por lo que estabas pasando?

Ya era muy tarde. Ya no comía nada. Me di cuenta cuando mis padres empezaron toda la historia con los médicos y ya nunca me dejaban sola para comer. Antes, después del cole iba siempre a casa sola a comer y no comía y cuando se dieron cuenta, tenía que ir siempre a casa de mis abuelos.

¿Cuál fue o está siendo el momento más duro?

En el hospital. Sobre todo la parte del psiquiatra porque me parecía una persona tan fría y dura... Ahora cuando llego a un hospital y estoy en la sala de espera siempre tengo un sentimiento de querer salir de allí y lo paso mal, porque me recuerda mucho a toda la etapa de la terapia. Quizás también fue muy duro ver la reacción de algún amigo que tenía un exceso de preocupación por mí, porque lo veía sufrir.

¿Estabas sola durante la terapia o conociste a más anoréxicas?

En el hospital sí que estaba sola. Pero en el cole hubo otra chica que había pasado por una situación parecida y me fue muy bien, porque ella era de las pocas que me comprendía. Me ayudó a cambiar el chip y también a concienciarme.

¿Ella estaba curada?

No, a ella incluso la ingresaron en un hospital. Pero la admiro mucho, porque tenía muchas ganas de cambiar, aunque le costó muchísimo.

¿Crees que la gente de hoy en día está concienciada de qué es la anorexia?

Para nada. La mayoría no saben siquiera que es una enfermedad. Piensan que dejas de comer y ya está. Que se soluciona volviendo a comer y listo. Pero para nada es así. Ojalá cuando empecé yo con toda esta historia a la gente mayor que más veía como mis entrenadoras les hubiese interesado un poco más mi salud, porque si alguien adulto te ayuda, te impacta y te lo crees más que si es un amigo. A veces pienso que si el año en el que comencé con los problemas hubiera tenido las mismas entrenadoras de antes, en vez de las nuevas, ellas me hubieran ayudado y hoy en día seguiría haciendo sincro. Y es una de las cosas de las que me arrepiento todavía ahora, pero tampoco era decisión mía, decidir qué entrenadoras me tocaban.

Cuando ves a una anoréxica por la calle, ¿qué sientes?

Suelo pensar que su problema no se irá nunca y me recuerda a cosas por las que yo tuve que pasar y que todavía pienso.

¿Cómo ayudarías a estas personas?

Lo mejor es que alguien que ha pasado por ello o alguien adulto te haga ver las consecuencias que puede tener todo el asunto y que te conciencies de tu problema. Yo además a veces he pensado en estudiar psicología y ayudar a personas como yo, que están sufriendo anorexia, porque creo que los métodos que utilizan hoy en día son demasiado duros.

¿Cómo definirías a una persona anoréxica?

Es gente con la autoestima muy baja, que piden comprensión, depresivas... también suelen ser personas que se guardan muchos secretos y es importante que se sientan libres de decir la verdad. Por eso creo que en las terapias, es importante, que se expliquen bien las cosas, y que no te hagan llorar tanto, porque es gente que lo pasa muy mal y necesita ayuda. Realmente se pasa muy mal.

¿Te has planteado volver a retomar la terapia?

A veces. Pero es que es tan duro que siempre me tiro atrás. Yo no sé, si a las demás chicas, bueno o chicos, les pasa lo mismo en la terapia; me refiero a lo de llorar en cada sesión, pero yo no me veo con corazón de volver a pasar por ello. Y además yo ahora en las revisiones médicas nunca cuento toda la verdad cuando me preguntan acerca de la anorexia, que todavía sufro, porque no me dejarían "volver a salir del ambiente de los médicos" y yo no quiero eso. De momento prefiero aprender a convivir con la anorexia porque de hecho creo que uno nunca puede dejar de ser anoréxico. Puedes aprender a reprimir tus pensamientos e impulsos pero siempre seguirán allí.

8.2.4 Análisis de las entrevistas a las deportistas

Las entrevistas a dos deportistas anoréxicas me han impactado mucho. Ambas tienen varios puntos en común. El problema comenzó en la adolescencia (13-14 años) y el deporte ha jugado un papel importante en la aparición del problema. También el carácter de las dos chicas tiene relevancia, ya que se definen como sociables, empáticas, perfeccionistas, constantes o persistentes.

Ambas han incrementado las horas y la intensidad de la práctica deportiva en función de lo que habían comido. Desde que están en tratamiento médico, en el caso de la patinadora, ha tenido que dejar de practicar el patinaje artístico y en el caso de la nadadora de sincro, tuvo que cambiar de disciplina pasando de la natación sincronizada a la natación. Ella además acusa a sus entrenadoras de no haberle ayudado, y las hace en parte culpables de su trastorno. Coinciden en que la práctica del deporte les ha condicionado mucho.

El patinaje sobre hielo y la natación sincronizada son deportes donde el aspecto físico tiene una gran importancia y las dos chicas se sentían presionadas y se comparaban con las otras compañeras, sintiéndose gordas en comparación a ellas. La patinadora dice "El patinaje es un deporte donde la belleza es primordial; la belleza de los movimientos, la belleza de los gestos… La belleza del cuerpo, sobre todo. Yo veía las otras patinadoras y pensaba: "quiero ser como ellas; quiero estar como ellas." Es un deseo inconsciente que va calando poco a poco." Y la nadadora dice: "queremos estar en el ideal que nos piden cada día las entrenadoras o la sincro en sí misma. Se me empezaron a ensanchar las piernas y me veía gorda al lado de mis compañeras. Además de que, claro, cuando nos grababan en vídeo y nos corregían después, pues siempre se veían mejor las personas más estilizadas."

Ambas deportistas practicaban deportes donde la presión estética es muy fuerte y dicen que esta es una de las razones por las que empezaron a tener problemas con la alimentación. Luego en cada caso las situaciones familiares y de los amigos también jugaron un papel relevante.

Para reducir su peso, tanto una como la otra dejaron de comer progresivamente, sacando determinados alimentos de su dieta hasta dejar incluso de comer por completo durante días. En el caso de la patinadora, ella reconoce haber vomitado cada vez que comía y haber hecho uso de laxantes, diuréticos y pastillas adelgazantes. La nadadora de sincro escondía la comida, o la tiraba.

Otro aspecto que ambas tienen en común es la descripción de su estado físico, pues ambas se ven gordas, aunque matizan que ahora con ayuda de la terapia dicen aceptarse como son. La patinadora acepta su visión distorsionada de la realidad, y nadadora de sincro dice que se siente querida por sus amigos a pesar de su gordura.

Pero cuando se les pregunta por sus sentimientos frente a un espejo las dos coinciden en que “el mundo se les viene abajo”. ¡No pueden mirarse y sentirse bien! Aunque la nadadora de sincro dice que le pasa cada vez en menor medida.

Aun así, asusta ver que ambas a lo largo de la entrevista se contradicen. La patinadora afirma: “Sé que yo me veo enorme y que odio mi cuerpo, pero no sé más allá de lo que veo.” Y la nadadora dice: “yo ahora en las revisiones médicas nunca cuento toda la verdad cuando me preguntan acerca de la anorexia, que todavía sufro, porque no me dejarían volver a salir del ambiente de los médicos y yo no quiero eso”.

La patinadora ha aceptado, que su curación pasa por dejar de patinar, hacer una pausa en sus estudios universitarios y centrarse en el tratamiento que recibe en el hospital de día al que acude a diario. “Aceptar que estoy enferma y que mi vida debe cambiar ha sido lo más duro”. La nadadora dice que prefiere aprender a convivir con la anorexia, pero de hecho no cree que pueda dejar de ser anoréxica nunca. “Puedes aprender a reprimir tus pensamientos e impulsos pero siempre seguirán allí.”

En definitiva, esta experiencia de entrevistar a estas deportistas me ha ayudado mucho a comprender desde una visión mucho más interna y profunda cómo es la anorexia en realidad y les estoy muy agradecida de que hayan querido colaborar, hablando del tema de forma tan abierta, ya que no es fácil hablar sobre ello.