

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEPORTE



ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA
PARA DESÓRDENES ALIMENTARIOS

Dra. Daniela Gómez A.

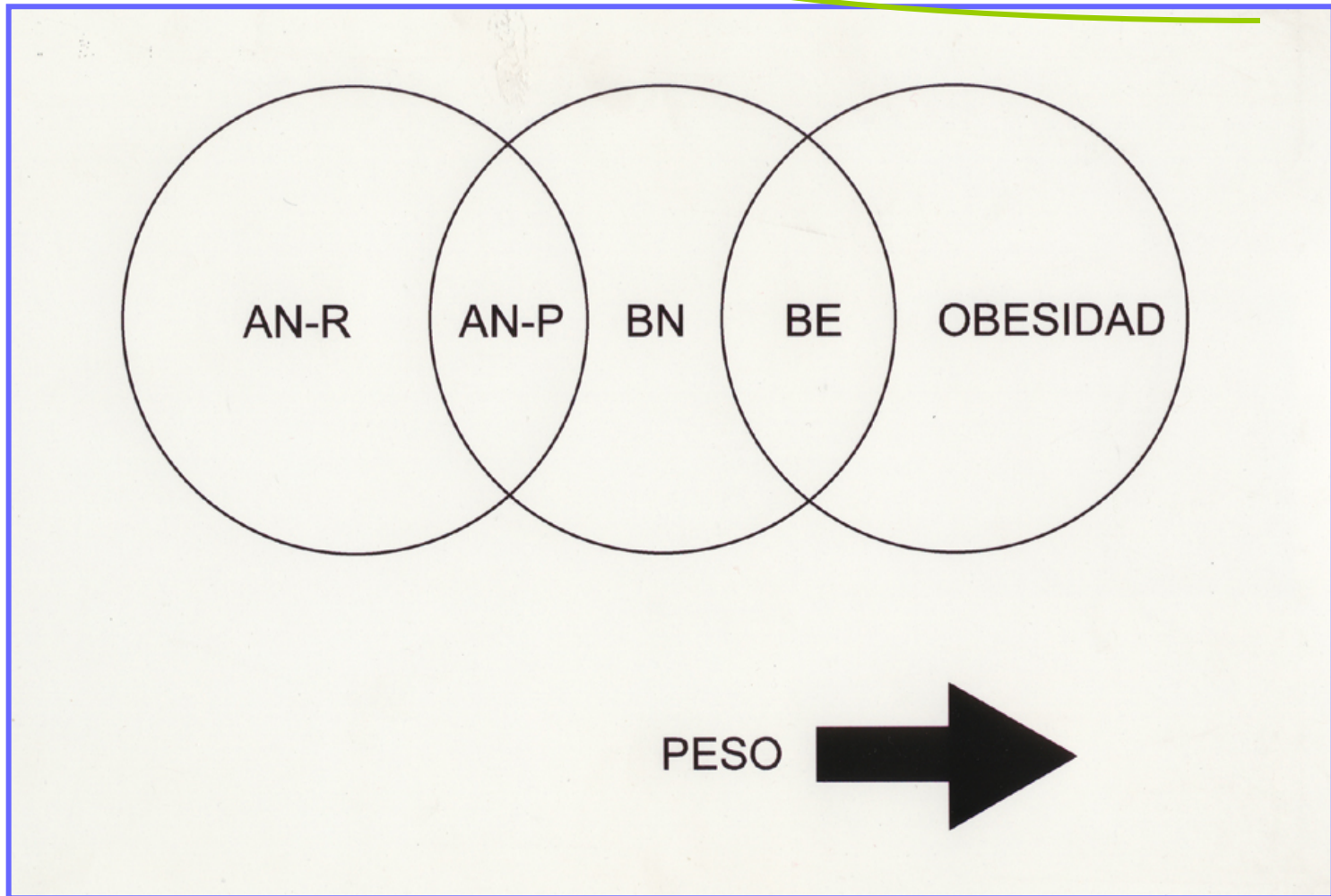
DIRECTOR MÉDICO CENTRO AIDA (ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA DESÓRDENES ALIMENTARIOS)

GRUPO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Email : dgomez@centroaída.org

De la Anorexia a la Bulimia





ANOREXIA

La *anorexia* es la autoimposición de ayuno en un esfuerzo obsesivo por perder peso. Es común que las personas anoréxicas no admitan que tiene un problema, pueden estar muy delgadas y sin embargo ellas se ven obesas. Se estima que actualmente del 0,5 al 1% de la población vulnerable (estudiantes mujeres de colegios secundarios o universidades), sufren este trastorno.





BULIMIA

La *bulimia* por otra parte se caracteriza por la alternancia de grandes comilonas (atracones) seguidas de métodos de purga (vómitos, laxantes, ayuno y ejercicio intenso) para aliviar la culpa y evitar el aumento de peso. Llega un momento que el ciclo ingesta-purga no se puede detener. La incidencia de la bulimia esta estimada en un 4-5% de la población femenina adolescente y adulta joven. Por otra parte no son patologías exclusivas de las mujeres, ya que 1 de cada 10 casos, son varones.





Binge Eating Disorders

Llamado Comer Compulsivo o Sd. Por Atracones.

Presencia de episodios recurrentes de comilonas (atracones).

1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

- Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 4. Comer a solas para esconder su voracidad.
 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón
- Profundo malestar al recordar el atracón
- Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.
- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas.



VIGOREXIA

El término es relativamente reciente, fue acuñado por el psiquiatra Harrison G Pope y lo utilizó para designar una muestra de sujetos que se caracterizaban por una obsesión con la musculatura que les impedía verse como eran realmente, sintiéndose débiles, enclenques y carentes de atractivo físico. Se ha denominado también anorexia inversa, **complejo de Adonis** y dismorfia muscular, pero aún no está incluido dentro de las clasificaciones diagnósticas.

Se caracteriza por una alteración de la imagen corporal por la cual las personas se creen más débiles y pesadas de lo que son. Se trata de una **preocupación excesiva por la propia musculatura** por lo que pasan horas realizando ejercicio (más de 3-4 horas/día se considera excesivo) y abandonan sus obligaciones. Se puede considerar una variedad de la alteración dismórfica centrada en la musculatura global.





Night eating disorders

- ANOREXIA MATINAL.
- HIPERFAGIA POR LA TARDE O NOCHE.
- INSOMNIO.



ORTOREXIA

Clasificado como TCA NE

La enfermedad por la comida sana

La ortorexia nerviosa es también un trastorno alimentario de origen psicológico. Se trata de la obsesión que algunas personas sienten por la comida sana hasta alcanzar un punto patológico.

Es una obsesión que provoca la exclusión de la dieta de los alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas pero también excluyen la carne y todos los alimentos que contienen grasa. Prefieren llegar a pasar hambre antes que "intoxicarse" con los alimentos habituales. Toda esta obsesión les lleva, como la mayoría de trastornos psicológicos, a dificultar las relaciones sociales (inicialmente con su entorno más cercano) con tal de evitar exponerse ante cualquier plato de comida o simple refresco.

Intentan, además, que otras personas de su entorno sigan su ejemplo.

Esta obsesión lleva fácilmente a tener carencias nutricionales:

- Anemia.
- Enfermedades por carencia de vitaminas.
- Insuficiencia energética.



CAUSAS

(Toro y Vilardell, 1987)

Factores Predisponentes

- Factores genéticos
- Edad 13 a 20 años
- Trastorno afectivo
- Introversión/ inestabilidad
- Sobrepeso en la pubertad y adolescencia
- Nivel social medio/ alto
- Familiares con trastorno afectivo
- Familiares con adicciones
- Familiares con trastornos de la ingesta
- Obesidad materna
- Valores estéticos dominantes

Factores Precipitantes

- Cambios corporales
- Separaciones y pérdidas
- Rupturas conyugales con el padre
- Contactos sexuales
- Incremento rápido de peso
- *Críticas sobre el cuerpo
- Enfermedad adelgazante
- *Traumatismo desfigurador
- Incremento en la actividad física
- Acontecimientos vitales

Factores Perpetuantes

- Consecuencias de la inanición
- Interacción familiar
- Aislamiento social
- Cogniciones anoréxicas
- Actividad física excesiva
- Yatrogenia



INTRODUCCION



En la naturaleza no hay premios ni castigos, sólo
consecuencias
Marzzo Edir Da Silva



INTRODUCCION



- Nadia Comaneci, Gymnast
- Zina Garrison, Tennis Player
- Heidi Guenther, Ballet Dancer*
- Christy Henrich, Gymnast*
- Kathy Johnson, Gymnast
- Gelsey Kirkland, Ballet Dancer
- Cathy Rigby, Gymnast



INTRODUCCION

- La anorexia es el capítulo final de uno de los peores enemigos de los deportistas en la actualidad: los desórdenes alimenticios afectan no sólo a las gimnastas sino a corredoras de fondo, nadadoras, jugadores de voleibol y muchas patinadoras artísticas, especialmente.
- Un estudio realizado por el Colegio Americano de Medicina Deportiva apunta que el 62 por ciento de las deportistas de todo el mundo padece trastornos ocasionados por una alimentación realizada en el filo de la navaja.
- El 18 por ciento de estas atletas sufre, según estos estudios, un grave peligro de caer víctimas de la anorexia, que se diferencia de la vulgar inapetencia por su carácter permanente.
- La exigencias de los entrenamientos provocan verdaderos anoréxicos mentales, una figura médica reconocida.



QUE SABEMOS

Un estudio indica que hasta un 62% de **las deportistas de élite sufren algún tipo de trastorno alimentario** frente al 1% existente en la población femenina con trastornos como la bulimia o la anorexia.

Los datos de un estudio americano son bastante concluyentes, las gimnastas ocupan el primer lugar con un 62% de personas afectadas por la anorexia o la bulimia. Un 33% es la cifra que ocupan las esquiadores, 32% las corredoras de fondo, 20% las ciclistas y un 15% las nadadoras.



PREVALENCIA

En el ámbito del deporte se detecta una prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario superior a la hallada en la población general.

- Sundgot-Borgen la prevalencia de desórdenes alimentarios en atletas femeninos varía del 1 al 62%.
- Resch (1997) y Sánchez Molina, Ibáñez Salmerón y García Pérez-Carro (2001) la prevalencia varía desde el 15 hasta el 62%, afectando, en más del 90% de los casos, a muchachas adolescentes o mujeres.
- Wilmore y Costill (1998) estiman la prevalencia en un 50% para las deportistas de elite.



PREVALENCIA

En Argentina se realizó un trabajo de investigación con 270 mujeres deportistas, de 11 a 24 años, que practicaban la actividad con una frecuencia no menor a tres horas semanales. Fueron evaluadas mediante un cuestionario de preguntas cerradas y el Eating Disorders Inventory (EDI) adaptado, con el propósito de determinar síntomas de trastornos alimentarios y los factores que podrían predisponer a ellos. Los resultados fueron que el 31% estaba insatisfecha con su imagen corporal y un 21% tenía conductas perfeccionistas. La prevalencia de todos los trastornos fue mayor en el grupo de edad de 15 a 18 años. No se comprobaron diferencias significativas de síntomas de anorexia entre el grupo que practicaba deportes de mayor riesgo (atletismo, gimnasia artística, danza, etc), y el de las que practicaban deportes considerados sin riesgo de padecer trastornos alimentarios (hockey, voley, etc), abarcando ambos grupos de riesgo.



Los factores o situaciones de riesgo más observados en la población de deportistas son:

1. **Deportes de mayor riesgo:** aquellos que enfatizan una apariencia delgada, que requieren un porcentaje bajo de grasa para un rendimiento deportivo óptimo o que requieren un peso determinado para clasificar.
2. **La hipótesis de la atracción por el deporte** sugiere que algunos deportes específicos atraen a los individuos que tienen la patología o alto riesgo de desarrollarla ya que estos encontrarían en esa actividad la forma de gastar calorías y justificar su bajo peso o su forma anormal de comer.
3. **Ciclos de dietas y peso corporal:** los ciclos de peso por lo general se dan en deportistas que desean mantener bajo pero tienen dificultades para conseguirlo.
4. **Comienzo precoz del entrenamiento específico en un deporte:** se sabe que la forma corporal de una persona puede orientar a la elección de un deporte determinando y que cuanto mayor es la desviación del cuerpo con respecto al ideal para ese deporte más alto será el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Se ha comprobado que cuanto más jóvenes (edad prepuberal) comienzan un entrenamiento específico, sin tener aún la forma corporal definida, el riesgo y la prevalencia de los trastornos alimentarios es mayor.
5. **Rasgos determinados de la personalidad:** rasgos comunes. Ambos tienden a ser perfeccionistas, a tener expectativas de grandes logros, son persistentes e independientes. Estas cualidades en un deportista le facilitan el éxito pero también lo exponen a un riesgo mayor.
6. **Impacto de los técnicos o entrenadores:** muchos deportistas pueden acatar la recomendación de su entrenador de disminuir el peso corporal en forma demasiado estricta como única forma de alcanzar el éxito en ese deporte..
7. **El aumento súbito del volumen de entrenamiento** o el entrenamiento inadecuado pueden activar o exacerbar este problema en individuos vulnerables.



POSTURAS

que intentan explicar el porqué de la incidencia de este tipo de trastornos en el deporte (Blasco, García-Merita y Balaguer, 1993):

- ❖ *Presión social como factor responsable del desarrollo de los trastornos (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Garfinkel, 1980; Pérez, Rodríguez, Esteve, Larraburu, Font y Pons, 1992; Rosen y Hough, 1988).*
- ❖ *Los deportes que exigen un control de peso, son elegidos por aquellos individuos que poseen determinadas características de personalidad que los hacen ser susceptibles de desórdenes alimentarios (Eisler y le Grance, 1990; Leon, 1984).*
- ❖ *Existe un subtipo anoréxico denominado anorexia basada en la actividad o anorexia por hiperactividad. Plantean que el exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de la anorexia nerviosa. Sugieren que la actividad física y la ingesta de alimentos se relacionan recíprocamente; de tal manera que la disminución de la ingesta produce aumento de actividad, y ésta produce, a su vez, una disminución de la ingesta, y así sucesivamente. Epling, Pierce y Stefan (1983).*



Deportes de Riesgo de padecer trastornos

Deportes que establecen categorías de peso: boxeo, lucha, halterofilia (levantamiento pesas).

Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para la mejora del rendimiento en la competición: remeros, piragüistas y jockeys.

Deportes de resistencia: fondo, mediofondo y maratón.

Deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos y que requieren buena presencia ante los jueces: ballet, gimnasia, patinaje artístico y aerobio.

Deportes que requieren una estructura física especial:
Fisicoculturismo.



Según los Deportistas

	N	% de deportistas con patologías alimentarias
Prologados periodos de dieta	29	37
Nuevo entrenador	23	30
Lesión/ enfermedad	18	23
Comentarios casuales	15	19
Dejar el hogar/ irle mal en la escuela o trabajo	8	10
Problema en las relaciones	8	10
Problemas familiares	5	7
Enfermedad/lesiones en miembros de la familia	5	7
Muerte de seres queridos	3	4
Abuso sexual (por el entrenador)	3	4

*Distintas razones del desarrollo de patologías alimentarias reportadas por deportistas que las padecían (19).
(Se permitían respuestas múltiples. El 15% no dio ninguna razón específica).*



QUE SABEMOS

Métodos de los deportistas para perder peso:

- Disminución de la ingesta energética.
- Medicamentos para adelgazar.
- Diuréticos
- Laxantes
- Saunas
- Ejercicio excesivo
- Enemas



Desordenes Alimentarios subclínicos

Smith adaptó el concepto de anorexia subclínica en deportistas. El anoréxico subclínico fue descrito originalmente como un joven atleta masculino que estaba fuertemente sometido a su deporte y, como tal, pasó por medidas extremas de pérdida de peso como medio para mejorar sus chances de éxito. La sorprendente pérdida de peso y aversión a los alimentos del atleta, desarrollados consciente y voluntariamente en ausencia de toda enfermedad orgánica, como tal, terminaron en anorexia nerviosa.



Anorexia atlética

Sundgot-Borgen

la deportista femenina con anorexia atlética demuestra un miedo intenso a ganar peso o volverse gorda, aunque su peso esté bajo (al menos 5% menor al peso normal esperado para la edad y altura de la población femenina general). Este bajo peso corporal, está acompañado por una reducción en la ingesta total de energía (<1200 Kcal/día), ejercicio excesivo o ambos. Frecuentemente la deportista con anorexia atlética también reportará comidas excesivas, vómitos auto inducidos, uso de laxantes o diuréticos, o las tres conductas a la vez.



Anorexia atlética

Criterios Absolutos:

- Pubertad tardía (Menarquia después de los 16 años)
- Trastornos menstruales (Amenorrea y Oligomenorrea)
- Molestias gastrointestinales
- Imagen distorsionada del propio cuerpo
- Utilización de diuréticos y/o laxantes
- Sesiones de ejercicio intenso y prolongado

Criterios relativos:

- Déficit de peso inferior al 5%, del peso esperado para la Talla y la edad, en ausencia de enfermedades.
- Dietas por debajo de 1500 Kcal / día.



"Triada de mujer deportista"

- Patologías alimentarias.
- Amenorrea
- Osteoporosis.



"Triada de mujer deportista"

En un gran porcentaje de los casos el factor desencadenante de la triada es el trastorno alimentario, principalmente en deportes como gimnasia, patinaje artístico, clavadoras y bailarinas; sin embargo en otras deportistas de élite como las corredoras de fondo, se ha establecido una relación entre la utilización de dietas inadecuadas, la realización de ejercicio de gran intensidad y duración, con los trastornos de la alimentación, de la menstruación y de la salud ósea.



"Triada de mujer deportista"

Sin embargo, es importante reconocer que existe todo un espectro de trastornos de la conducta alimentaria, que van desde la preocupación por los alimentos y por el tamaño, la forma y la composición del cuerpo, hasta los trastornos más graves. El déficit de nutrientes y/o ingesta calórica insuficiente para el grado de entrenamiento y competición puede originar un déficit de energía, que a su vez puede conducir a los otros componentes de la tríada.



"Triada de mujer deportista"

Amenorrea

Se sabe que las irregularidades menstruales ocurren más frecuentemente en las deportistas que en la población general. Los estudios reportan que entre el 1 y el 62% de las atletas experimentan irregularidades menstruales. La prevalencia depende de la definición de irregularidad menstrual y de nivel competitivo de las deportistas estudiadas. En un estudio llevado a cabo por Sundgot-Borgen & Larsen , la prevalencia de disfunciones menstruales fue significativamente mayor entre las deportistas que competían en disciplinas en las cuales la magreza y/o un peso determinado eran considerados factores importantes (resistencia: 62%, estéticos: 60%, y categoría por peso: 50%) que entre las atletas que participan en deportes en lo cuales estos factores eran considerados menos importantes (técnicos: 37%, juegos con pelota: 28%, y deportes de potencia: 22%).



"Triada de mujer deportista"

Osteoporosis

Tanto el estradiol, como la progesterona contribuyen al mantenimiento de la densidad ósea haciendo efectiva la formación y remodelación del hueso. Por lo tanto, cualquier factor que contribuye a la disfunción menstrual puede tener una influencia directa o indirecta sobre la densidad ósea. Por lo tanto, cuando ocurre una disfunción menstrual, independientemente de la causa, el individuo se pone en riesgo de comprometer la salud ósea.



ANOREXIA NERVIOSA O MALA ALIMENTACIÓN

Características comunes:

- Caprichos dietéticos
- Consumo controlado de calorías
- Bajo consumo de carbohidratos
- Bajo % de grasa corporal
- Bradicardia e hipotensión
- Elevada actividad física

Anorexia

- Realización de diversas actividades físicas
- Bajo rendimiento deportivo
- Bajo desarrollo muscular
- Pérdida de imagen corporal
- Porcentaje de grasa por debajo del límite aceptado
- Alteraciones hidroelectrolíticas por abuso de diuréticos
- Intolerancia al frío
- Piel seca
- Arritmias

Atletas

- Entrenamiento controlado y dirigido
- Incremento de la tolerancia al ejercicio
- Desarrollo de masa muscular
- Perfecta imagen personal
- Niveles de grasa corporal en límites normales
- Incremento de Volumen plasmático
- Incremento de las HDL



Síntomas de Alarma: ANOREXIA

• Notable pérdida de peso más allá de lo necesario para un adecuado rendimiento deportivo.
• Amenorrea o disfunciones menstruales.
• Deshidratación.
• Fatiga superior a la habitualmente esperada durante el entrenamiento o la competición.
• Problemas gastro-intestinales (por ej., constipación, diarrea, inflamación abdominal).
• Hiperactividad.
• Hipotermia.
• Bradicardia.
• Lanugo.
• Debilidad muscular.
• Densidad mineral ósea reducida.
• Fracturas por estrés.
• Ansiedad, tanto relacionada como no relacionada con el rendimiento deportivo.
• Evitar alimentarse o colocarse en situaciones relacionadas con los alimentos.
• Quejarse de sentirse gorda a pesar de estar "delgada".
• Resistencia a aumentar o mantener el peso recomendado por el cuerpo técnico.
• Comportamiento inusual con respecto a tomarse el peso (por ej., excesivas tomas de peso, rehusar a pesarse, reacción negativa al ser pesada).
• Compulsión y rigidez, especialmente con respecto a la alimentación y al ejercicio.
• Ejercicios excesivos más allá de lo requerido por un deporte particular.
• Entrenar mientras se tienen una lesión, a pesar de las prohibiciones del cuerpo técnico y médico.
• El descanso y la relajación son difíciles o imposibles.
• Abandono social.
• Depresión e insomnio.



Síntomas de Alarma: BULIMIA

● Callos o abrasión en la palma de la mano por inducción de vómitos.
● Deshidratación, especialmente en ausencia de entrenamiento y competición.
● Problemas de encías y dientes.
● Edema, quejas de inflamación abdominal o ambos.
● Anormalidades hidroelectrolíticas.
● Frecuentes y a veces extremas fluctuaciones de peso (por ej., el estado de ánimo empeora a medida que el peso aumenta).
● Problemas gastrointestinales.
● Bajo peso a pesar de comer grandes volúmenes de comida.
● Irregularidades menstruales.
● Calambres musculares, debilidad, o ambos.
● Inflamación de glándulas paróditas.
● Alimentación compulsiva.
● Agitación cuando se interrumpe la compulsividad.
● Depresión.
● Dieta innecesaria para la apariencia, salud o el rendimiento físico.
● Evidencia del vómito no relacionada con ninguna actividad.
● Entrenamiento excesivo, más allá de lo requerido por el deporte.
● Uso excesivo de los sanitarios.
● Ir al baño o "desaparecer" luego de las comidas.
● Autocrítica, especialmente en lo referente al peso, cuerpo y rendimiento deportivo.
● Alimentación secreta.
● Abuso de sustancias, ya sean legales, ilegales, drogas, medicamentos, y otras sustancias prescritas o sin recetas.
● Uso de laxantes, diuréticos (o ambos) que no son sancionados por los cuerpos médico o técnico.



Cómo identificar un atleta con anorexia y bulimia

Hacer dieta y perder peso no significan que un atleta...

- Comentarios insistentes de verse gorda cuando su peso esta por debajo del promedio.
- Seguir perdiendo peso aún fuera de temporada
- Comer en secreto
- Desaparición en forma reiterativa luego de las comidas
- Aparente nerviosismo si no puede quedarse solo luego de las comidas
- Ojos rojos luego de haber estado en el baño
- Olor a vómito en el inodoro, pileta, ducha o cesto de papeles
- Fluctuaciones extremas de peso
- Evidencia de retención de agua no causadas por patología conocida
- Constipación
- Variación en el estado anímico (depresión, etc.)
- Negación a comer con el resto del equipo
- Actividad física excesiva que no responde al plan de entrenamiento
- Ausencia de por lo menos tres períodos menstruales seguidos



QUE EVALUAR PARA AYUDAR AL DIAGNÓSTICO

I. Área del peso

- a. Historia del peso de la paciente
- b. Peso y constitución física actual
- c. Actitudes hacia el peso y formas corporales

II. Área de la alimentación

- a. Historia de los patrones alimentarios
- b. Patrones actuales de alimentación y presencia de conductas purgantes
- c. Actitudes hacia la comida

III. Área de la actividad física

- a. En qué consiste
- b.Cuál es su objetivo

IV. Evaluación de la percepción corporal subjetiva

V. Complicaciones físicas

VI. Sintomatología asociada

- a. Depresión, rumiaciones obsesivas, control de impulsos, abuso de sustancias, nivel de ajuste, etc.
- b. Actitudes hacia la adolescencia, madurar, toma de responsabilidades, etc.

VII. Evaluación de la historia sexual y menstruación, y la historia familiar con especial énfasis en el ambiente y contexto en que se desarrollan sus relaciones.





TIPOS DE

- 1) Cuestionarios autoaplicados.
- 2) Entrevistas clínicas.
- 3) Automonitoreo.



test estinatorios autoaplicados:

Eating Attitudes Test - EAT. Se presenta en dos versiones: 26 y 40

Eating Disorder Inventory – EDI.

Eating Disorder Examination versión cuestionario - EDE-Q.

Binge Eating Scale.

Binge Scale - BS.

Bulimia Test - BULIT. propuso una segunda versión - BULIT-R.

Bulimic Investigatory Test, Edinburgh - BITE.

Questionnaire on Eating and Weight Patterns - QEWP.

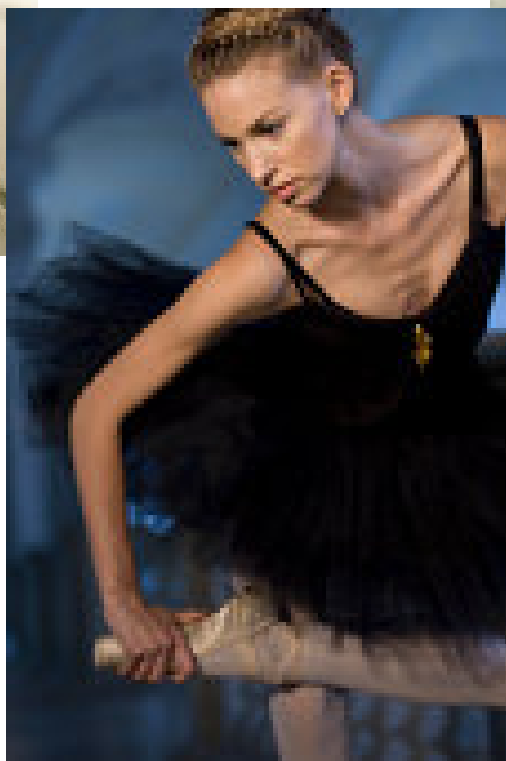
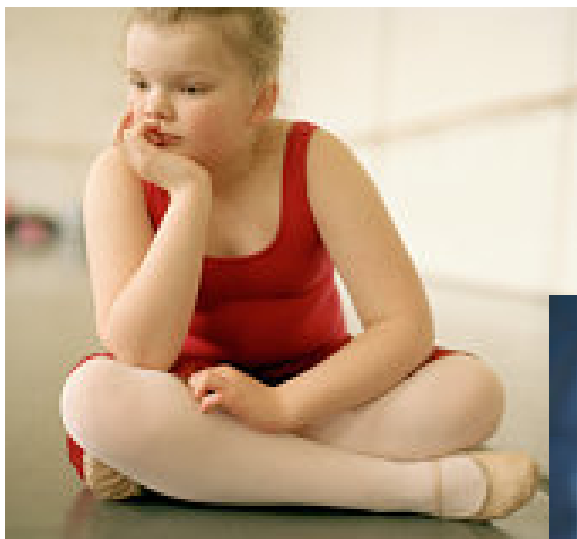
EDE-Q

Corresponde a la versión autoaplicada del Eating Disorder Examination. Está constituido por 41 ítems y los resultados se obtienen según cuatro subescalas: *restricción alimentaria, preocupación por la alimentación, preocupación por la imagen corporal y preocupación por el peso*. Su confiabilidad está bien documentada.

Es un instrumento útil para la pesquisa de los TCA, por lo cual se ha utilizado en pacientes candidatos a bypass gástrico y similares..



Lo que queremos evitar BAILARINAS



EFECTOS PSIQUICOS

Consecuencias psicológicas

- Depresión
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Dificultad para conciliar el sueño
- Problemas de concentración
- Autoestima muy baja
- La valoración personal depende totalmente del peso y la silueta.
- Pensamientos negativos hacia el cuerpo
- Creencias erróneas sobre el cuerpo, el peso y los alimentos
- Cambios bruscos de personalidad
- Tendencia al aislamiento
- Problemas de relaciones interpersonales



Lo que queremos evitar

ANOREXIA

Are you at risk?

WARNING SIGNS

- Intense Fear Of Fatness
- Dramatic Weight Loss
- False Body Perception
Do You See Yourself As Fat When You Are Actually Slender?
- Rigid Dieting And Excessive Exercise
- Feeling Of Fullness After A Small Weight Gain
- Restless Pursuit Of Thinness
- Perfectionist And Rigid Control Of Calorie
- Monthly Periods Stop

NEED HELP?
1-800-231-8346

HARMFUL EFFECTS

- **DEPRESSION & SUICIDE**
1/3 of all Anorexics seek psychiatric help
- **HAIR LOSS**
- **THYROID IMMUNE DECREASES**
slows metabolism
- **LOW WHITE BLOOD CELL COUNT**
low immunity
- **HEART FAILURE & DEATH**
heart attack
- **HEART DECAYS**
heart muscle shrinks
- **SLOWER HEART RATE**
heart muscle shrinks
heart rate slows
- **ROUGH, DRY SCALY SKIN**
- **ORGANS DETERIORATE**
all body systems deteriorate for protein
- **LANIGID APPEARANCE**
loss of subcutaneous fat
- **MUSCLES WASTE AWAY**
- **HANDS SWELL**
and they can hurt
- **MONTHLY PERIOD STOPS**
- **CONSTIPATION**
with bloated belly
- **BONE LOSS**
osteoporosis can occur
before 30
- **BODY FAT LAYER GONE**
muscle, bones and skin
are left behind exposed

EFECTOS FISICOS

Consecuencias fisiológicas:

- Desnutrición y deshidratación
- Alteraciones renales
- Estreñimiento
- Erosión del esmalte dental y caries
- Perforación del esófago
- Alteraciones cardiovasculares
- Anemias
- Descalcificación ósea y fracturas
- Calambres musculares-Piel seca y quebradiza,
- Lanugo (vello corporal)
- Neumonía
- Ausencia de la menstruación
- Detención del desarrollo hormonal
- Disminución del tamaño del corazón
- Atrofia cortical
- Hernia de hiato
- Fatiga



EFFECTOS FISICOS

- De los “atracones” de comida(dificultad para respirar; dolor abdominal; desgarró estomacal; obesidad).
- De la dieta (alteraciones de la composición corporal, del metabolismo, de las hormonas, de los mecanismos fisiológicos del control del apetito, de los neurotransmisores).
- Del vómito autoinducido (daños odontológicos; hinchazón de glándulas salivales; daños en la garganta; daños en el esófago; daños en las manos y nudillos; desequilibrio de los electrolitos).
- Del abuso de laxantes y diuréticos (desequilibrios en los fluidos y electrolitos).
- Efectos en la fertilidad y el embarazo



Lo que queremos evitar

GIMNASTAS



La muerte de Christy Henrich debe de haber sido una de las más trágicas. Era una gimnasta de élite a finales de los 80 pero aún así no fue capaz de formar parte del equipo Olímpico de su país en 1988 por 0,118. Un día un juez le dijo que nunca podría llegar a formar parte del equipo si no perdía algunos kilos.

Como se puede ayudar a una atleta con anorexia o bulimia

- En primer lugar, identificando actitudes que puedan sugerir que un atleta tenga desórdenes en la alimentación. Siendo accesibles con aquellos compañeros que puedan estar preocupados o que están buscando ayuda.
- Evitando encasillar al atleta como anoréxico o bulímico. El entrenador o profesor no debe intentar diagnosticar o tratar a las personas con anorexia o bulimia. Hay que ayudar al enfermo a contactar un especialista en este tipo de desórdenes para que le brinde ayuda profesional. Si un atleta niega el problema, pero los signos son evidentes, se debe consultar al médico capacitado que pueda resolver la situación.
- Si se piensa que un atleta tiene un desorden alimentario se debe hablar con el , concentrándose en las evidencias y en lo que el atleta es capaz de contar acerca de lo que piensa sobre el problema.
- El primer paso para prepararse en los desórdenes alimentarios es la educación, hay que informar y educar a los miembros de las instituciones acerca de estos problemas, brindar al atleta un programa total de nutrición que incluya asesoramiento general sobre alimentación, así como asistencia sobre métodos adecuados para bajar o aumentar de peso. Todo lo cual debe ser llevado a cabo por profesionales especializados.



TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

I. FASE INICIAL O DE RECUPERACIÓN DE PESO:

Tratamiento Hospitalario.

Tratamiento Ambulatorio:

- Conseguir un índice de masa corporal (IMC) $\geq 18,5$.
- Lograr motivación y/o predisposición hacia el tratamiento.
- Modificación de conductas mantenedoras de los problemas Alimentarios.
- Normalizar hábitos Alimentarios.
- Tratar co-morbilidad médica y psiquiátrica.

II. FASE DE MANTENIMIENTO O DE ESTABILIZACIÓN DEL PESO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

- Tratamiento mínimo por 1 o 2 años (según gravedad del cuadro).
- Mantener el peso recuperado por sobre un IMC de 18,5.
- Mantenimiento de una alimentación adecuada.
- Restablecimiento Psicológico:

Valoración y fortalecimiento de motivación propia del paciente y establecimiento de una relación terapéutica adecuada.

Clarificar y objetivar el problema Alimentario y de los posibles factores mantenedores del trastorno.

Resolución de los problemas intrapersonales (del paciente) y/o interpersonales
(en relación con su interacción con el medio).



TRATAMIENTO DE LA BULIMIA

FASE INICIAL O DE REHABILITACION NUTRICIONAL Y EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES MÉDICAS:

- Reducir los atracones y las purgas: inicio de farmacoterapia específicas, modificación de conductas mantenedoras de los problemas Alimentarios, normalizar hábitos Alimentarios
- Lograr motivación y/o predisposición hacia el tratamiento.
- Tratar co-morbilidad médica y psiquiátrica.

FASE DE MANTENCIÓN O DE NORMALIZACIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

- Tratamiento mínimo por 1 o 2 años (según gravedad del cuadro).
- Prevenir reaparición de atracones y purgas.
- Mantener peso dentro de límites de IMC normales.
- Mantenimiento de una alimentación adecuada.
- Restablecimiento Psicológico: Valoración y fortalecimiento de motivación propia del paciente a partir de la Psicoeducación y la experiencia de otro(a)s pacientes.



DIFICULTADES A CONSIDERAR

El primer aspecto a decidir es la situación terapéutica en la que se desarrollará el tratamiento, dependiendo de la gravedad del paciente. Los criterios para la hospitalización del anoréxico son según Chinchilla (1995) y Toro y Vilardell (1987) los siguientes:

- 1) el trastorno se presenta desde hace más de cuatro meses,
- 2) la pérdida de peso es del 25% al 30% y su estado biológico es un riesgo importante para la vida,
- 3) el subtipo de anorexia nerviosa es compulsivo/purgativo, es decir, presenta episodios bulímicos y emplea conductas purgativas,
- 4) las relaciones familiares son muy conflictivas,
- 5) la psicopatología secundaria al trastorno es evidente y grave, mostrando el paciente elevados niveles de ansiedad, depresión, ideación suicida, desadaptación social grave, etc.



Manejo “Deportivo” de los TCA (1)

∂ **Restricción de asistencia:** parcial o completa

∂ **Apoyo:**

- Desestigmatización
- Facilidades de reincorporación (grupo pares, entrenamientos)
- Evaluación diferenciada (manejo nivel de estrés)



Manejo “Deportivo” de los TCA(2)

- ❖ Supervisión de comidas.
- ❖ Supervisión de colaciones.
- ❖ Reportes de entrenamientos.
- ❖ Coordinación con equipo terapéutico.



EVITAR LA CRONICIDAD

**Tratamiento
multidisciplinario**

**:: Trabajo
motivacional.**

:: Psicoeducacion.

**:: Trabajar con red
de Apoyo (con la
familia)**

- QUE SE MANTENGA LA ALTERACION EN EL PESO,
- CONDUCTAS ALIMENTARIAS E IMAGEN CORPORAL
- QUE APAREZCAN O SE MANTENGAN OTROS SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y/O FISICOS
- QUE PUEDA VOLVER LA FUNCIONALIDAD

CUIDADOS

En 1987 el Comité Olímpico estadounidense determinó que el promedio de tejido graso corporal necesario para un funcionamiento saludable era del 14-16% del peso corporal para los varones y del 20-22% para las mujeres. En cambio, los atletas masculinos jóvenes se esfuerzan por conseguir un porcentaje de grasa corporal del 5 al 7%; y es más, las gimnastas suelen poseer aproximadamente un 7-9% de grasa corporal. Al igual que la situación actual en la población general, las deportistas suelen correr un riesgo mucho mayor que los deportistas varones



CUIDADOS

Todos los deportistas federados deberían someterse a un electrocardiograma para evitar los casos de muerte súbita que se registran en este colectivo - unos 25 cada año-, una medida exigida desde hace veinte años en Italia, donde el problema casi ha desaparecido. Así lo ha indicado el doctor Eduardo de Teresa, presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC).



CONCLUSIONES



UNA GORDA DE 43 KILOS

"**Ahora puedo** comer de todo, salir por ahí y tomar algo sin preocuparme. Puedo esquiar y dedicar más tiempo a mi familia y a los amigos. La vida me ha cambiado mucho". Tania Lamarca tiene un brillo en la mirada que llegó al corazón de millones de espectadores empañado por las lágrimas. En lo más alto del podio de Atlanta, su menudo cuerpo, el más pequeño del equipo español de gimnasia rítmica, quedó adornado por una medalla olímpica de oro en agosto de 1996.

Esta vitoriana de 17 años ha tenido que abandonar la práctica deportiva por sobrepasar en 2,7 kilos el límite establecido por la seleccionadora nacional, María Fernández. Su salud peligraba si insistía en bajar de peso hasta los 41 kilos exigidos y ha tomado una decisión de la que asegura no arrepentirse.



www.centroaida.org