

## Comentario breve

# Actividad física, deporte y trastornos del comportamiento alimentario

J. Toro i Trallero

Madrid

En 1968 Routennberg realizó una sorprendente experiencia. En su laboratorio, observó que las ratas sometidas a una dieta restrictiva podían sobrevivir con relativa facilidad. Sin embargo, si esas mismas ratas, sometidas a idéntica restricción alimentaria, tenían la oportunidad de hacer ejercicio físico gracias a tener libre acceso a un rodillo, incrementaban progresivamente su actividad física hasta morir exhaustas. Mientras incrementan su actividad, disminuyen más su ingesta y, claro está, descendiendo progresivamente su peso corporal. Esta experiencia ha sido replicada, verificada en otras especies y constituida en posible modelo animal de la anorexia nerviosa humana, o más exactamente de un cierto tipo de anorexia nerviosa (Epling y cols, 1983).

Es bien sabida la tendencia de la anoréxica a un exceso de actividad física. No es un hecho general pero sí muy frecuente. En principio ha sido considerado como un comportamiento destinado intencionadamente a la pérdida de peso. Sin negar tal hecho, evidente en

muchos casos, se plantean la posibilidad de que en determinados pacientes las cosas sucedan de manera inversa, a saber, que el ejercicio físico dé lugar a la pérdida de peso y consiguiente o simultáneamente al trastorno anoréxico. El modelo animal, antes citado, entrañaría que determinadas personas dedicadas a la práctica intensa de una actividad física y sometidas a una dieta restrictiva pudieran caer fácilmente en la anorexia, por interacción de aquellos dos factores.

Esta posibilidad parece haber quedado confirmada mediante un trabajo realizado por el grupo de la Universidad de Sidney (Touyz y cols, 1987), los cuales han realizado un estudio comparativo de 15 anoréxicas hospitalizadas que destacaban por su intensa actividad física con 17 que no se entregaban especialmente a dicha actividad. Encontraron diferencias altamente significativas entre ambos grupos. Señalaremos aquí las más interesantes:

- \* El 73% de las «activas» procedían de familias interesadas por el ejercicio físico y el deporte *versus* el 24% de las «no activas».

- \* El 60% de las «activas» había iniciado su ejercicio físico antes de la restricción alimentaria *versus* el 6% de las «no activas».

- \* Perder peso era el motivo inicial del ejer-

cicio para el 33% de las «activas» *versus* el 65% de las «no activas».

\* Estar en forma era el motivo de practicar actividad física para el 66% de las «activas» *versus* el 35% de las «no activas».

\* Dedicaban más de 2 horas diarias al ejercicio físico el 93% de las «activas» *versus* el 0% de las «no activas».

\* Calculaban el gasto calórico al hacer ejercicio el 100% de las «activas» *versus* el 47% de las «no activas».

\* Experimentaban síntomas de abstinencia al suspender la actividad física el 100% de las «activas» *versus* el 47% de las «no activas».

\* Un cuerpo «en forma» era el cuerpo ideal para el 80% de las «activas» *versus* el 18% de las «no activas».

\* Un cuerpo «delgado» era el cuerpo ideal para el 20% de las «activas» *versus* el 88% de las «no activas».

\* Habían sufrido lesiones en la práctica del deporte 67% de las «activas» *versus* 6% de las «no activas».

Estos hechos son suficientemente expresivos para, según nuestro criterio, incluir la *anorexia por ejercicio físico* como una variedad de trastorno anoréxico, situándola junto a la *anorexia restrictiva* y la *anorexia bulímica* (Toro y Vilardell, 1987). Esto es lo que se desprende de un estudio clínico con pacientes anoréxicas. Más ¿qué sucede al estudiar a los —y las— adolescentes que practican asiduamente actividad física?

Un estudio realizado con 182 muchachas deportistas (Rosen y cols, 196) puso de manifiesto ciertos hechos altamente significativos. Treinta y dos por ciento de las mismas utilizaban algún procedimiento patógeno para disminuir su peso: 25% tomaban pastillas adelgazantes; 16% se laxaban; 14% incurrían en vómitos voluntarios; 5% tomaban diuréticos. Las pérdidas excesivas de peso se daban en casi el 10% y un 20% sufría crisis bulímicas. Treinta por ciento de estas deportistas que negaban haber tenido algún problema de obesidad practicaban alguno de los procedimientos citados. Un 63% había perdido más peso del inicialmente previsto, pese a lo cual seguían esas

prácticas, pasaban por episodios bulímicos o sufrían explícitamente de anorexia nerviosa. Asimismo el 75% confesaba que su pérdida de peso era consecuencia de su persistente temor a perder el control de sus hábitos alimentarios ni detenían su regimen restrictivo. En su mayoría aceptaban que las razones para perder peso eran más deportivas que estéticas.

Los investigadores pudieron observar que otras deportistas de más edad, que funcionaban como modelos a imitar y con frecuencia eran entrenadoras, animaban a las muchachas en cuestión a utilizar las ya citadas técnicas para perder peso. Los hábitos más patógenos se daban en las gimnastas (74%) y en las corredoras de fondo (47%). Las menos patológicas eran nadadoras, golfistas y baloncestistas. Gimnastas y fondistas —junto con bailarinas— cuentan con un peso corporal que sólo en un 10% corresponde a tejido graso, cuando lo propio de estas edades es un 20%.

Otro estudio realizado con 97 gimnastas americanas, de 13 años de edad promedio, puso de manifiesto que su consumo calórico medio diario era de 1.838 calorías, cuando lo recomendable para su edad y talla era de 2.100 (Loosli y cols, 1986). Esto supone una reducción de la ingesta calórica de 300 o 400 calorías/días, de forma persistente, y en unas edades de desarrollo acelerado y en unos cuerpos sometidos a un elevado gasto energético. Todavía hay más: 22% de esas muchachitas no alcanzaban las 1.500 calorías diarias. Estas insuficiencias se acompañaban de importantes déficits en vitaminas y minerales. Por ejemplo, 70% de esas deportistas presentaban déficits graves en B6; 53% en hierro; 78% en zinc; 40% en calcio; etc.

Humphries y Gruber (1986), estudiando los hábitos alimentarios de una banda de majorettes de una universidad estadounidense, constataron que estas muchachas suelen mantener durante cuatro o cinco días de cada semana una ingesta alimentaria situada entre las 690 y las 1.100 calorías. Junto a los déficits nutritivos se detectaron otros fenómenos de la esfera psicopatológica. Todas ellas cuentan con una imagen corporal distorsionada. Exageran

las dimensiones de ciertas partes de su cuerpo. Antes de ser pesadas semanalmente —forma parte de las reglas del «juego»—, se entregan a ejercicio físico intenso, sesiones de sauna, ingieren pastillas para adelgazar, consumen diuréticos. Algunas ya habían sido asistidas por sufrir episodios bulímicos.

Entre nosotros se ha podido comprobar que bailarinas y gimnastas (no de élite) obtenían puntuaciones en el «Eating Attitude Test» superiores al punto de corte propio de la anorexia nerviosa (Ordeig, 1989).

Así pues, en poblaciones no clínicas pero entregadas a determinadas prácticas deportivas nos encontramos con importantes déficits nutritivos, con una gran cantidad de sintomatología propia de los trastornos del comportamiento alimentario y con cuadros patológicos que cumplen plenamente con criterios diagnósticos establecidos. Estos hallazgos deben ponerse en estrecha relación con la «anorexia por ejercicio» antes referida, hallada en las poblaciones clínicas.

Todos estos fenómenos se producen precisamente —una vez más— en la edad adolescente. La muchacha adolescente experimenta unas transformaciones corporales que se desarrollan con enorme rapidez. Estos cambios deben ser, una vez percibidos, asumidos y evaluados. Los modelos sociales imperantes determinarán total o parcialmente esa evaluación. En nuestros días el estereotipo sociocultural de la delgadez marca la pauta. Quien no se perciba y evalúe así corre el riesgo de iniciar su dieta restrictiva o su gasto calórico excesivo. La sociedad la aplaudirá y modelará persistentemente en tales propósitos. Si la adolescente recalca en un grupo como los antes citados —gimnastas, bailarinas, patinadoras...— va a llover sobre mojado. Los valores diseminados por toda la sociedad de modo más o menos difuso, extendidos y difundidos de boca en boca y de mirada en mirada, remachados y codeterminados por los medios de comunicación de masas (Toro y cols, 1988), van a ser cultivados en el pequeño grupo con mucha mayor «eficacia».

En efecto, la deportista de élite está some-

tida a una presión pro-adelgazamiento absolutamente patógena. El cuerpo delgado es norma, modelo y objetivo. Sus monitores lo postulan cuando no lo encarnan. La competitividad por la «esbeltez» es permanente. Repárese simplemente en lo que sucede con las gimnastas. Una niña de 8 años que se prepare para competiciones estatales o internacionales suele entrenarse de 10 a 15 horas semanales. Esto sucede a lo largo de bastantes años. De acuerdo con la evolución de estas competiciones, lo que en un principio era un simple concurso de habilidades motoras se ha convertido en una competición donde se pretenden conjuntamente las destrezas motoras y la estética corporal. Esta estética se centra en la posesión de un cuerpo prepuberal. Se trata del llamado «Síndrome Nadia». Obsérvese el mórbido círculo vicioso que se establece cuando el régimen de adelgazamiento y consumo calórico conduce a una desnutrición que, entre otras cosas, retrasa el desarrollo puberal, con lo que se consigue una estética corporal susceptible de reforzar aquellas prácticas. Entretanto, millares de muchachitas pegadas a sus televisores contemplan las aplaudidas y exitosas evoluciones de otras muchachas con cuerpos de niña que se constituyen en modelos dignos, claro está, de ser imitados.

Alguien tendrá que intervenir algún día para introducir sentido común y valoración científica en la organización de la imprescindible educación física de nuestros niños y adolescentes.

## Bibliografía

- EPLING, W.F. y PIERCE, W.D.: *Activity-based anorexia: a biobehavioral perspective*. International Journal of Eating Disorders. 7: 475-485, 1988.
- HUMPHRIES, L.L. y GRUBER, J.J.: *Nutrition behaviors of university majorettes*. The Physician and Sports Medicine. 14: 11, 91-98, 1986.
- LOOSLI, A.R., BENSON, J., GILLIEN, D.M. y BOURDET, K.: *Nutrition habits and Knowledge in competitive adolescent female gymnasts*. The Physician and Sports Medicine. 14: 8, 118-130, 1986.
- ORDEIG, M.T.: *Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medi-

- cina de Barcelona. 16; 1, 13-26, 1989.
- ROSEN, L.W., MCKEAG, D.B., HOUGH, D.O. y CURLEY, V.: *Pathogenic weight-control behavior in female athletes*. The Physician and Sports Medicine. 14: 1, 79-86, 1986.
- ROUTTENBERG, A.: *Self-starvation of rats living in activity wheels: adaptation effects*. Journal of Comparative and Physiological Activity. 66: 234-238, 1968.
- TORO, J., CERVERA, M. y PEREZ, P.: *Body shape, publicity and anorexia nervosa*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 23: 132-136, 1988.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- TOUYZ, S.W., BEAUMONT, P.J.V. y HOOKS, S.: *Exercise anorexia: a new dimension in anorexia nervosa?*. En Beaumont, P.J.V., Burrows, G.D. y Casper, R.C. (eds.): *Handbook of Eating Disorders. Part I: Anorexia and Bulimia Nervosa*. Amsterdam: Elsevier, 1987.