

Por MAITE ZUDAIRE

"Convertir la anorexia en un fenómeno mediático ha sido muy positivo para su detección temprana"

30 de julio de 2010

Fuente: eroski consume



El doctor Gonzalo Morandé Lavín es uno de los principales impulsores de la creación de las unidades específicas de trastornos de comportamiento alimentario en España. En sus diferentes funciones, correspondientes en último término a la alimentación y las relaciones insanas que se establecen con ella, ha promovido la puesta en marcha del tratamiento global para abordar la curación de sus pacientes en la Unidad de Psiquiatría y Psicología que dirige. Ésta, en su tratamiento integral, abarca consultas, hospitalización y hospital de día, según las necesidades de cada paciente.

Su dilatada experiencia le lleva a concluir que "para padecer anorexia hay que tener una predisposición genética y no sólo una voluntad de querer dejar de comer" y que la "contienda de la sociedad con las delgadeces extremas y los modelos insanos ha conseguido alterar el desarrollo de la enfermedad". Aunque reconoce que el verano y los meses previos son problemáticos para las personas predispuestas a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. "El camino hacia

un trastorno alimentario comienza en Semana Santa, con la 'operación dieta' y la presión social por adelgazar, y en verano se evidencian los problemas", describe.

¿Qué enfermedades engloba el trastorno alimentario?

A la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa, así como a los cuadros parciales de ambas, se ha añadido el singular trastorno por atracón con obesidad añadida como una patología con entidad propia que debe catalogarse y, por ende, tratarse en sí misma. Nos encontramos con cuadros clínicos con categoría de serlos que precisan de respuestas concretas y consideraciones individuales.

El calificativo "nerviosa" induce a pensar que son alteraciones en cierta medida encontradas.

Se acompañan de los calificativos "nerviosa" y "mental" porque, en gran medida, el origen de la patología radica en el desarrollo de la corteza central del cerebro. Pero si bien en el albor de la anorexia está la resistencia a dejar la infancia, no es sólo la respuesta a una querencia. No se puede enfermar aunque se quiera, estas enfermedades no son cuestión de voluntad.

Sin embargo, la historia documenta trastornos alimentarios de personas de élite, personajes que tenían acceso a los alimentos con los que mantenían una relación insana, que buscaban una consecuencia.

Pero no todas las personas que querían lograban establecer esa relación especial que pretendían. Hay evidencia de anorexia en las santas, mujeres para quienes el ayuno era una expresión de privación de placeres que significaba una oportunidad de acercarse a la trascendencia. También se conocen ejemplos en la realeza en los que se unía el temor a alimentarse, la rebeldía con su situación y la querencia por estar muy delgada. Pero en la actualidad, y esto va a más, los trastornos alimentarios han homogeneizado a la sociedad. Hay anorexia en cualquier lugar del mundo y se manifiesta en cualquier estrato social.

¿No hay países, zonas o culturas donde su incidencia es mayor? O a la inversa, ¿hay culturas inmunes a estos trastornos?

La globalización de los trastornos alimentarios se ha efectuado hasta el punto que, si en Estados Unidos e Inglaterra fueron necesarios veinte años para introducirse en todos los estratos sociales, en España han bastado 10 años y en China se va a minimizar el periodo. En igual proporción y ritmo aumenta y democratiza la obesidad, la verdadera epidemia alimenticia del nuevo siglo. Tenemos que trabajar contra ella. Tenemos que conseguir los niveles de intolerancia y combate que se han manifestado contra la anorexia y la bulimia.

La obesidad infantil se gesta como un verdadero problema en la infancia y la anorexia como una enfermedad propia de la adolescencia, el siguiente estadio de la vida. **¿Deviene de la mente inmadura?**

La anorexia se origina en los cambios, en cómo se asume el desarrollo físico pero también, y esto está cada día más corroborado por la ciencia, el desarrollo de la corteza prefrontal, que toma el mando de nuestra conducta y cuya madurez está ligada a las hormonas ováricas y sexuales. Una adolescente con una conducta anoréxica consigue frenar el desarrollo físico de sus senos y sus caderas, pero también provoca que su madurez quede estancada, lo que fortalece una manera infantil de resistencia al cambio.

¿Y esto se repetirá en su vida?

Se convierte en un recurso que se repetirá en todos los cambios importantes. Dejar de comer es el método de ordenar los pensamientos y controlar la vida, y sirve para manejar el estrés interno y la tensión externa.

¿La anorexia y demás trastornos alimentarios se heredan?

Hay un importante componente genético, como sucede con todas las enfermedades, y hay causas ambientales que las precipitan y razones metabólicas que las llevan a manifestarse. No debe obviarse que es necesario tener una predisposición a padecerla. No enferma quien quiere enfermar. Una niña de 13 años puede lograr en quince días llegar al estadio de no comer y, sin embargo, en un niño esto no es posible. Hay diferentes predisposiciones, algunas condicionadas por el género. La bulimia contiene un mayor componente cultural, pero también es necesario poder padecerla.

¿Puede un progenitor provocar o inducir a algún trastorno alimentario, al margen de sus genes?

Sumamos tres décadas de estudios en profundidad sobre los trastornos y los estudios comparados nos han llevado a la conclusión de que la familia puede transmitir la predisposición, pero nunca originar el trastorno. Hay estudios con pacientes, hijas de mujeres que sufrieron anorexia diagnosticada, por lo que podemos hablar de antecedentes, pero es sólo eso, un antecedente.

La niña a quien llamaban "gordi" quiere quitarse ese peso. ¿Es un motivo?

No. Hay mucha culpa en estos cuadros, culpa gratuita, porque no hay una causa-efecto. Estudios que hemos realizado con adolescentes en institutos nos revelan que un porcentaje altísimo siguen alguna dieta para adelgazar, pero ellos mismos son quienes detectan que hay un límite, que traspasan sólo unos pocos. Distinguen entre la conducta de riesgo y la enfermedad.

¿Se pueden sanar?

Como tantas otras enfermedades, puede ser recurrente y desarrollarse de nuevo treinta años después, pero cuando se da el alta a un paciente, está curado y puede hacer una vida normal. El tratamiento es largo, se necesitan tres o cuatro años en los que se procura que las recaídas se distancien hasta desaparecer, pero son muy pocos los enfermos que no logran curarse. Aunque claro, con tantos enfermos, pocos son muchos.

¿Hasta qué punto es mortal?

Lo es, pero estamos en disposición de decir que con las medidas tomadas durante la última década se ha logrado disminuir su tasa de mortalidad, su cronicidad y su toxicidad, si bien la persona que estuvo enferma ha de estar en alerta porque en la vida hay momentos que hacen tambalear hasta al más valiente y, en fin, estas personas no son las más valientes.

¿Son más vulnerables?

Realizamos una encuesta a madres que fueron enfermas y a sus hijas que enfermaron. Al preguntarles por qué creían que sus hermanas no habían caído enfermas, al margen de consideraciones genéticas, afirmaban que ellas se tomaban la vida de otra manera, en una clara autocrítica de perfeccionismo y autoexigencia.

¿La información, la formación y la sensibilización respecto a los trastornos alimentarios se revela eficaz?

Al contrario de lo ocurrido con otros ámbitos, convertir la anorexia en un fenómeno mediático ha sido muy positivo. La alarma social, los titulares, las batallas sociales contra la enfermedad, han conseguido la detención temprana de cuadros que son todavía leves y se tiene oportunidad de impedir su agravamiento. Las madres han tenido mucho que ver. Gracias a ellas, a su preocupación, se ha cambiado el curso de la enfermedad. No quiero decir que no vaya a haber personas enfermas de anorexia, pero todo apunta a que su grado disminuye, lo que facilita su curación y minimiza sus consecuencias.

¿Dónde tiene que acudir esa madre cuando sospeche que su hijo o hija padece anorexia o bulimia?

En nuestro país, la atención primaria está capacitada para derivar al paciente a un dietista o a un centro especializado. Los médicos de cabecera son el primer paso eficaz para comenzar el tratamiento.

EL CICLO DE PRIMAVERA A OTOÑO

El verano supone una oportunidad para detectar problemas con la alimentación. Ropa más ligera, más comidas y tiempo en familia, baños en la playa y en las piscinas procuran momentos en que se evidencian las primeras consecuencias de un ciclo peligroso que abarca de marzo a noviembre. "El camino hacia un trastorno alimentario comienza en Semana Santa, con la 'operación dieta' y la presión social por adelgazar. En verano se fortalecen los hábitos y se evidencian los problemas", describe el especialista. "Si todo va mal y los factores de riesgo se convierten en enfermedad, en otoño hay que acudir a la consulta", añade.

Morandé reconoce que es difícil romper con esta tendencia, "porque si bien la sociedad atiende a los mensajes indirectos, se ha vuelto refractaria a los que adoptan una apariencia de consejos, ya que se interpretan como intentos de adoctrinar". De cualquier forma, en el caso de la anorexia, hay que trabajar con los propios adolescentes en la escuela, pero no darles fórmulas concretas. El éxito, asegura Morandé, radica en ayudarles a pensar por sí mismos, a ser críticos. Insiste en que "sólo las personas predispuestas sufren la enfermedad, son ellas quienes están expuestas". "No somos tan manipulables como se dice", concluye.