

ASPECTOS SOCIO ECONOMICOS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS. DE LA DESNUTRICIÓN A LA OPULENCIA.

Gonzalo Morandé Lavín
Hospital del Niño Jesús. Madrid.

RESUMEN

Se hace un repaso sobre las cuestiones sociales de especial interés en la génesis y mantenimiento de los Trastornos Alimentarios, particularmente algunos aspectos ligados a la economía.

INTRODUCCIÓN:

La Anorexia Nerviosa y, por extensión, la Bulimia Nerviosa se consideraron durante años sinónimo de enfermedades propias de la mujer en los países desarrollados. De ello dan fe la mayoría de los textos de los años 80 y 90. Se atribuyó la enfermedad a múltiples factores (Grafinkel y Garner, 1982), algunos de ellos ligados a la moda femenina de la delgadez; sus orígenes se

relacionaban con los centros donde ésta se creaba, y sus clientes con las clases sociales más pudientes.

LA DIFUSIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

A finales de la década de los sesenta aparece o reaparece la anorexia nerviosa en Europa Occidental, Canadá, Estados Unidos, así como en Australia y Nueva Zelanda. Es en Estados Unidos donde se observa cómo la anorexia afecta a la población blanca y acomodada, mientras los pobres continúan su progresión hacia la obesidad.

En el Reino Unido tarda 20 años su difusión desde las clases de mayor potencial de consumo a la totalidad de la población. En España aumenta el número de casos con una década de retraso con respecto a Francia, Suecia y Reino Unido. A principios de los noventa, y en sólo 10 años, alcanza a todas las clases sociales. La experiencia española, similar a la italiana, nos enseña cómo en sociedades homogéneas la difusión de estas patologías puede ser acelerada.

Con la caída del Muro de Berlín se extiende rápidamente a todos los países de la llamada Europa del Este. Los Trastornos Alimentarios aumentaron sin que mejoraran las condiciones económicas de esas sociedades, como una manifestación de lo que Russell denominó "occidentalización de las costumbres".

En Asia, Japón y Corea del Sur, así como Hong Kong y Taiwán, se acercan en pocos años a las cifras de Europa y Norteamérica. En América del Sur, las tasas de prevalencia son similares, aunque con claridad se circunscriben a los sectores altos y medios de la población. En la actualidad se observa con especial interés la evolución en China y también en la India.

De la occidentalización a la globalización de las costumbres. Los trastornos alimentarios llegan a casi todos los continentes afectando de forma desigual a la población. Se extienden hasta donde llega la televisión y la publicidad.

PATOPLASTIA SOCIAL. LA PRESION SOCIAL PARA ADELGAZAR.

Russell (1995) ha tenido mucha fortuna con el uso de la terminología en este terreno; no sólo describió la bulimia en 1979, reconocida rápidamente como cuadro clínico, "hermana bastarda" de la anorexia, sino que también acuñó la expresión "Patoplastia Social", recuperando así un viejo término médico que hace referencia a la forma de expresarse clínicamente una enfermedad, para aplicarlo a los trastornos alimentarios. Como otros autores, consideraba estos trastornos patologías multicausales que se desarrollan en sus formas actuales modeladas por la presión social o cultura de la delgadez.

La moda de la delgadez femenina y de una figura ideal propia de la primera etapa de la adolescencia fue propuesta en la década de los sesenta. Se ha mantenido casi cuarenta años con muy pocas variaciones. Se transformó en una obligación para multitud de mujeres que la hacían suya desde la pubertad con el declarado propósito de no cambiar y no adquirir un cuerpo plenamente adulto. Como en cualquier moda, no se planteaban limitaciones en lo referente a la constitución física de las afectadas, a su edad o condición social. La delgadez se hizo sinónimo de éxito, voluntad y popularidad. Su opuesto, la obesidad, definida de forma brutal, constituía la peor desgracia femenina. Adelgazar se hizo sinónimo de búsqueda o solución de todo tipo de problemas. Las modelos de alta costura (y sus desfiles) se han hecho populares. A ellas se añaden actrices, presentadoras de televisión, modelos de publicidad, etc., todas ellas muy delgadas. Han llegado a ser "modelos" de identificación para innumerables niñas, adolescentes y, en general, menores.

Como señala Toro (1996), la existencia de poderosos medios de comunicación, que llegan a casi todos los rincones del planeta, y, con ellos, la publicidad amplifican el proceso. La industria adelgazante se extiende más allá de la moda; a ésta se incorporan los gimnasios, numerosos productos de farmacia, ciertas formas de dietética más o menos científicas y la cirugía estética.

Causa o consecuencia de ello es que una parte significativa de la población adolescente femenina presenta insatisfacción corporal la cual se acentúa en períodos de malestar emocional y está dispuesta a realizar, y de hecho realiza, conductas de riesgo (dietas, vómitos, ejercicio excesivo) para adelgazar e intentar estar mejor con ellas mismas.

La población preadolescente y adolescente femenina es la más sensible al mensaje adelgazante; inmersas en un proceso de cambio personal que afecta

a su físico, pero también a su organización interna, son un mercado no despreciable. Las revistas que leen, los programas que siguen, los sitios de internet que buscan están repletos de propaganda pro anorexia.

Enferma casi el 5% de las chicas, la mayoría con cuadros parciales de buen pronóstico si se tratan adecuadamente. La población femenina de riesgo, la que desarrolla conductas peligrosas, se siente insatisfecha con su cuerpo y tiene obsesión por adelgazar supera el 14% (no se incluye a las enfermas).

La alarma social y familiar está justificada.

CULTURA DEL HAMBRE Y DE LA ABUNDANCIA.

El seguimiento masivo de las conductas de riesgo, aquellas que buscan la pérdida de peso, sólo se explica en una población que no sufre del hambre y de su cultura. La cultura del hambre y el desabastecimiento parece limitar la aparición de nuevos casos y su carácter epidémico.

El hambre ha acompañado a la humanidad en toda su historia y España no ha sido una excepción, como recoge su literatura. Lo novedoso no es el hambre sino la abundancia, más aún que esta se mantenga por décadas y que alcance por primera vez a la casi totalidad de la población.

Nuestra especie parece estar preparada para soportar el hambre, buscar alimentos y conservarlos. Está por probar que la mujer resista más que el hombre, aunque es posible. Hay evidencias del aumento de la fertilidad como mecanismo de supervivencia frente al hambre. Se pueden ver reportajes con imágenes de hambruna en algún país africano, donde mujeres desnutridas dan de mamar a niños en lamentables condiciones de higiene. Un tiempo después en otro reportaje del mismo campo de refugiados, las madres parecen las mismas y los niños han aumentado.

La adaptación de la humanidad o de una parte de ella a una oferta excesiva de alimentos es muy reciente. El incremento de la obesidad y los trastornos alimentarios parecen ejemplos de sus inconvenientes.

El desabastecimiento por conflictos sociales o catástrofes da lugar incluso en sociedades bien alimentadas a conductas altamente contagiosas y peligrosas con el fin de acaparar alimentos. Cuando dicha carencia es prolongada, como se ha observado en Cuba y otros países, confiere a los alimentos un valor

añadido como gesto de cariño y amistad. Así un manojo de plátanos puede tener un valor incalculable a nivel afectivo sin que a nadie, ni siquiera a la adolescente de la casa, se le ocurra calcular sus calorías.

TRANSMISIÓN DE ABUELAS-MADRES-HIJAS.

Se decía que las abuelas no podían entender que sus nietas tuvieran anorexia; habían padecido hambre por la guerra y post guerra. Del escaso alimento disponible durante años para familias con muchos niños se pasa en una o dos generaciones a una realidad distinta. Familias con pocos hijos, con frecuencia sobreprotegidos y con una oferta de alimentos que supera con creces sus necesidades. La mayoría de los países europeos y también Japón y Corea padecieron guerras y postguerras. Sin embargo, en países que no tuvieron guerras en su territorio ni la carencia de alimentos, los trastornos alimentarios se han reproducido igual, las abuelas norteamericanas tampoco lo entienden y suelen culpar directamente a sus hijas.

Actualmente están en marcha numerosos estudios sobre transmisión transgeneracional de conflictos que recuperan parcialmente estos hechos para un intento de explicación al respecto. Suelen incluir tres generaciones, abuelas, madres e hijas, estas últimas las pacientes con trastornos alimentarios. Estos estudios suelen centrarse en el vínculo madre-hija e hija (madre)-nieta (hija) y su evolución en el tiempo. Vínculos, seguros o inseguros, de niñas y de adultas con sus propias madres y con sus hijas. Es bien conocido que la alimentación es un elemento clave en el establecimiento del vínculo y los trastornos alimentarios tanto en niños como en adolescentes y adultos cursan con serias dificultades vinculares.

Y en relación con estas dificultades de vinculación cada vez hay más niños obesos que comen con ansiedad y también más niños que consultan por dificultades para ser alimentados (no comen, no ganan peso, no crecen, tienen una difícil relación con sus madres). A diferencia de otros trastornos alimentarios, en la consulta de niños pequeños con estas alteraciones, no hay diferencias de sexo en la prevalencia. Estas diferencias aparecen hacia los 9 o 10 años con el inicio de la pubertad en las niñas.

OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Hay ciertos paralelismos entre la epidemia de trastornos alimentarios y la de obesidad y es muy probable que se desarrollen en un ambiente que favorece ambos procesos.

La obesidad en la infancia y adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar bulimia y también anorexia en varones. La obesidad es el futuro de una mayoría de las bulímicas y de casi la totalidad de aquellos que padecen un “Trastorno por Atracón” (Fairburn y Brownell, 2002).

La anorexia nerviosa aparece como una consecuencia del temor excesivo a la obesidad por una minoría de mujeres que asumen en forma compulsiva los cánones de la moda. Una parte de ellas habían tenido algún sobrepeso y todas participaban de una particular insatisfacción con sus cuerpos que se había hecho evidente en su desarrollo puberal. La bulimia se desarrolla en chicas que con frecuencia han tenido sobrepeso, han madurado corporalmente de forma temprana o se avergüenzan de partes de su cuerpo. Su experiencia de perder el control sobre su ingesta y con ello el de sus vidas las marca profundamente. Ambas tienen terror a engordar, temor que alcanza la lipofobia al extenderse el temor a todas las grasas.

Si los trastornos alimentarios han sido un problema de Salud Pública en las últimas décadas del Siglo XX y lo serán en el que se inicia, la obesidad adquiere unas características epidémicas mayores. Hoy la prevalencia en España de la obesidad es casi tres veces mayor que los trastornos alimentarios en la población adolescente.

Hace 10 años era el doble y hace 15 años algo menos. No hay diferencias entre chicos y chicas.

En los medios de comunicación de hace 30 años la anorexia nerviosa era considerada una enfermedad de ricos, o en todo caso de clases medias, y la obesidad un problema propio de las clases más desfavorecidas de América del Norte y Europa central (Mokdad y Serdula, 2000).

Se demostró en los años siguientes que la afirmación era aventurada y no correspondía a la realidad.

La obesidad se considera una epidemia que afecta a todos los continentes, en algunos coexistiendo con la malnutrición como en África y América central;

Incluida en el grupo de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT), junto a la Hipertensión Arterial, Diabetes Tipo II, Accidentes Cerebro Vasculares, Enfermedad Coronaria y algunos tipos de Cáncer, constituye una de las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y pérdida de calidad de vida. Es opinión generalizada que las (ECNT) están vinculadas a los estilos de vida. La obesidad no sólo es una enfermedad crónica sino predispone a la mayoría de este grupo (Informe de la OMS, 2002).

La "Obesidad en la Pobreza" es una expresión recogida en la Organización Panamericana de la Salud para hacer referencia a uno de los principales problemas de Salud Pública de los países de América (OPS/OMS, 2000).

Durante años se ha insistido que la obesidad de los pobres es distinta de la de los del Norte de América. Diferente es también la malnutrición del pobre en relación con la de la anorexia nerviosa.

Se discute si en América Latina la obesidad es un indicador fiable de pobreza. En Europa, la anorexia nerviosa no es sinónimo de riqueza (Peña y Bacallao, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- Fairburn C, Brownell K (2002). *Eating disorders and Obesity* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Garfinkel P, Garner D. (1982). *Anorexia Nervosa a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Mokdad A.H, Serdula M.K. (2000).The continuing epidemic of obesity in the United States. *JAMA*, 284 (13).
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo .Reducir los riesgos y promover la vida sana*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/OMS (2000). *La Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la salud*. Washington DC: OPS.
- Peña M, Bacallao J. (2001). La Obesidad y sus tendencias en la Región. *Rev .Pan. Salud Pública*,10: 45-78.

- Russell GFM (1995). Anorexia nervosa through time. En: Szmukler G, Dare C, Treasure J. (eds), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (15). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Toro J (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.