

La alimentación como instrumento: restricciones alimentarias severas, consumos desmesurados y “dietas adelgazantes”

(Nutrition as an instrument: severe nutritional restrictions, huge consumption and “slimming diets”)

Espeitx Bernat, Elena

OPCA (Observatori Permanent dels Comportaments Alimentaris).

Pl. Ramón Berenguer el Gran, 1 – 1r, 1ªB. 08002 Barcelona

BIBLID [1137-439X (2005), 27; 123-140]

Recep.: 15.10.03

Acep.: 11.03.05

En esta comunicación se aborda la alimentación como mecanismo de control del ser humano sobre su propio cuerpo, de dominio “interior”, pero también de control del o social a través de lo individual, de lo “exterior” mediante lo “interior”, utilizando el propio cuerpo como instrumento. Veremos como esto puede desencadenar procesos complejos.

Palabras Clave: Imagen corporal. Alimentación. Restricción alimentaria. Ingesta compulsiva. Abundancia alimentaria. “Deseo de delgadez”. Lipofobia.

Elikadura, komunikazio honetan, gizakiak bere gorputzaren gaineko kontrol mekanismo gisa aztertzen da. Hots, “barnearen” gaineko aginpidea, baina baita sozialaren kontrola ere gizabana-koaren kontrolaren bidez, “kanpokoarena” “barnekoaren” bidez, norberaren gorputza tresna gisa erabiliz. Horrek prozesu konplexuak eragin ditzakeela ikusiko dugu.

Giltza-Hitzak: Gorputz irudia. Elikadura. Jatea murriztea. Ingesta konpulsiboa. Janari ugaritua. “Argala izan nahia”. Lipofobia.

Dans cette communication, on aborde l'alimentation comme mécanisme de contrôle de l'être humain sur son propre corps, de la maîtrise “intérieure”, mais aussi de contrôle du social à travers l'individuel, de l’“extérieur” au moyen de l’“intérieur”, en utilisant son propre corps comme instrument. Nous verrons comment cela peut déclencher des processus complexes.

Mots Clés: Image corporelle. Alimentation. Restriction alimentaire. Ingestion compulsive. Abondance alimentaire. «Désir de minceur». Lipophobie.

1. INTRODUCCIÓN

En esta comunicación se pretende abordar la alimentación como mecanismo de control del ser humano sobre su propio cuerpo, utilizando la alimentación como instrumento. Veremos también que el cuerpo, además de instrumento de control, es generador y portador de identidad, mediante aquello que llamamos “la imagen corporal”. Y esta imagen corporal se construye, en parte, a través de la alimentación. Así, comiendo y dejando de comer, se ejerce poder –sobre uno mismo, sobre los otros– y se contribuye a la construcción de la imagen corporal, a la generación de identidad –ante uno mismo, ante los otros–. Pero cuando el control se ejerce mediante la restricción alimentaria, cuando la imagen corporal se construye mediante ésta, sobre todo si es severa, se desencadena un proceso biológico, psicológico y sociocultural a un tiempo, cuyos efectos y consecuencias poco tiene que ver con los deseos de control o de construcción de la imagen que la hayan podido inspirar. Los llamados “trastornos de los comportamientos alimentarios”, como la “anorexia”, la “bulimia” o la hiperfagia compulsiva dan buena cuenta de ello. Y en todo el proceso intervienen e interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

2. UNA AMBIVALENCIA CENTRAL EN LA ALIMENTACIÓN: PLACER Y TORMENTO DE COMER Y NO COMER

La alimentación, como el sexo, es una necesidad fisiológica. En ambos casos también sus múltiples dimensiones trascienden la mera necesidad. En la alimentación, como en el sexo, es central la apetencia, la búsqueda de placer. El apetito no es solo, en ninguno de los dos casos, la expresión de una necesidad, es también el deseo, la expectativa de disfrutar satisfaciéndola. Así, el placer está estrechamente imbricado con el acto de comer, no sólo en el momento de la ingesta, sino también antes, en la espera y los preliminares, y después, por los efectos que produce en el organismo. Los placeres alimentarios, como los sexuales, también se pueden recordar, y proporcionar placer en la evocación. Todo un conjunto de mecanismos fisiológicos, psicológicos y simbólicos intervienen en el proceso y no resulta fácil delimitar el peso de cada uno de ellos.

Esta estrecha relación entre comida y placer tiene consecuencias a la hora de pensar en la alimentación. Porque el ser humano suele adoptar actitudes ambivalentes ante el placer. Y ante la negación, la frustración del placer. Actitudes claramente positivas, de valoración del placer y de todo aquello que lo proporciona, y claramente negativas, cuando hay privación del placer, pero también negativas –de carácter moral, religioso o “higiénico”– cuando la satisfacción del placer es “excesiva”. La privación de comer forzosa ha sido una de las formas que ha adoptado y en que se ha expresado la crueldad del ser humano, su capacidad y deseo de dominar y de oprimir. Condenar a “pan y agua” es una forma de castigo, privar del placer de comer, –aunque se satisfagan los mínimos vitales– una forma de tortura. También es un medio para someter, mediante la incapacitación del que sufre la restricción. La escasez y el hambre van de la mano de las guerras y las catástrofes, acompañan el dolor y la devastación. Pero el tor-

mento de no comer no sólo se puede infligir desde fuera, sino que puede ser autoimpuesto. En la experiencia histórica de la humanidad existen abundantes ejemplos de ayuno voluntario y de restricción alimentaria severa. Diferentes sistemas filosóficos los han propuesto como instrumento y vía para conseguir determinados objetivos. Las religiones se han preocupado siempre por el cuerpo, para utilizarlo o para negarlo. La ascesis, que se fundamenta en la negación, enfatiza la renuncia a determinados alimentos o la restricción de su cantidad como una de las vías preferentes de su realización. El grado en el ayuno, en la renuncia o en la restricción se ha erigido en una forma de trazar la frontera entre los simples miembros de una comunidad religiosa y aquellos que llegan más lejos en el camino de la perfección espiritual o moral. El nivel de observancia de las reglas alimentarias permiten distinguir entre el “buen creyente” y el “tibio”. Los místicos cristianos de los primeros tiempos se sometían a unas condiciones de vida tremendamente estrictas, en las que destacaban unos regímenes alimentarios extremadamente restrictivos. Se suele evocar a las llamadas “anoréxicas santas” cuando se habla de posibles “antecedentes” de la anorexia nerviosa.¹ Actuar sobre el cuerpo –y la propia vida– negándose a comer puede convertirse también en una manifestación de control, en un instrumento para agredir o violentar a los otros. Puede adoptar la forma de una reivindicación política, como en el caso de las huelgas de hambre, o de rebeldía frente a la autoridad, sea ésta del orden que sea. Este último sería el caso de niños que se niegan a comer para herir o enfrentarse a sus padres, por ejemplo, o la negativa de aceptar los alimentos en determinadas situaciones que se perciben opresivas (en orfanatos, hospitales...). Negarse a comer es también una forma de autolesionarse o de negarse a vivir. Así pues, la autonegación de los alimentos parece ser un mecanismo ampliamente utilizado por los seres humanos.

3. EL MARCO ACTUAL DEL COMER Y EL DEJAR DE COMER: ABUNDANCIA ALIMENTARIA Y DESEO DE DELGADEZ

Es sabido que una de las características fundamentales de la alimentación actual –en las sociedades desarrolladas– son la abundancia y la diversidad de productos alimentarios, más o menos accesibles para el conjunto de la población –aunque con diferencias significativas entre los diferentes segmentos sociales–. Y esta es una situación relativamente nueva, puesto que un acceso regular a un amplio abanico de productos, procedentes de lugares muy distantes, permitiendo eludir la estacionalidad, no ha sido la norma para la mayor parte de la humanidad a lo largo de su historia. Una oferta abundante y variada de alimentos, que constituyen una mercancía más, en una sociedad de mercado –y esto no es banal– sometida a la competencia comercial, objeto de estrategias publicitarias que intentan orientar las elecciones alimenticias y de estimular las apetencias. Este hecho está estrechamente ligado a las importantes transformacio-

1. Durante la Edad Media y parte del Renacimiento un cierto número de religiosas adoptaron unas prácticas ascéticas muy rigurosas, entre las cuales destacaban la restricción alimentaria severa y el ayuno, que las llevaban, en algunos casos, hasta la muerte.

nes que han experimentado, a lo largo de más de un siglo, los sistemas de producción y de distribución alimentaria. A partir de mediados del siglo XX, y sólo en algunas décadas, los nuevos medios de producción y los nuevos medios de transporte han transformado profundamente las condiciones de producción y de los intercambios agrícolas en los países desarrollados: las condiciones biológicas, con la selección de las plantas y animales domésticos más productivos; las condiciones ecológicas, con la simplificación de los ecosistemas cultivados especializados; también las condiciones de trabajo, con unas máquinas tan eficientes que han convertido en innecesaria la energía animal y han reducido drásticamente las necesidades de mano de obra, han sido de una indiscutible trascendencia. Se ha doblado la producción y quintuplicado la productividad, de manera que este nuevo sistema agrícola y alimentario, compuesto de subsistemas especializados, que explota materiales biológicos seleccionados, se muestra capaz de producir alimentos en abundancia para la mayor parte de la población, de la que solo una parte muy reducida se dedica a la producción alimentaria.

En el ámbito de la agricultura las transformaciones se han basado en el desarrollo de nuevos medios de producción agrícola. A lo largo del mismo período se produce también la expansión de la industrialización alimentaria. La revolución industrial ha afectado de diferentes maneras la alimentación –estilos de vida, formas de trabajo...– pero uno de los factores más relevantes es el desarrollo de las industrias alimentarias. La mecanización de la producción, pero también de la transformación y de la distribución de alimentos, permite la fabricación de productos estandarizados aptos para el consumo de masas. Tampoco deben olvidarse otros cambios tecnológicos, que ya desde el siglo XIX intervienen con fuerza en la alimentación y que tienen que ver más con las marcas comerciales y la publicidad. La manufactura a gran escala y el advenimiento de la prensa rotativa confluyen en una nueva forma de comunicación entre productor y consumidor, que adquirirá una influencia en los comportamientos alimentarios como mínimo destacable, puesto que permiten la movilización de discursos alimentarios y la difusión de imágenes culturales relacionadas con los alimentos que adquirirán una fuerza. Las transformaciones se aceleran durante las última décadas del siglo XX. Los productos llevan cada vez más servicio incorporado y aparecen los llamados alimentos-servicio², caracterizados por el hecho de poder ser consumidos sin prácticamente ninguna tarea previa. La industrialización de la cocina ha puesto en marcha diversos procesos fundamentales para entender los modelos alimentarios actuales, como la diversificación³ y la segmentación⁴

2. Los alimentos-servicio serían aquellos que gozan de un elevado nivel de transformación, durabilidad, alta incidencia de la diferenciación y de la marca, incorporación de altos niveles de normalización y de información, utilidades procedentes del envasado, adaptación a las economías de tiempo, importancia de los criterios nutricionales y de salud, incluso dimensión social (Sanz Cañada, 1997:366).

3. Se entiende por diversificación el despliegue de variantes de un mismo producto. Por ejemplo, el yogurt, que se presenta con una gran variedad de formas (de sabores, con trozos, desnatados, con fibra, enriquecidos, bio, griegos, mousse...).

4. Se entiende por segmentación la creación de productos dirigidos a segmentos concretos de la población o a satisfacer necesidades y preferencias determinadas en un momento concreto.

de los productos alimentarios y la ruptura de la estacionalidad con una oferta estable y constante a lo largo del año. Y esta oferta debe encontrar “clientes” que alimenten la demanda. En este contexto de la “oferta alimentaria” deben interpretarse tanto las prácticas restrictivas como los sobreconsumos alimentarios, puntuales o continuados, y también en este contexto adquiere sentidos el deseo de *delgadez*.

Son ya numerosos los estudios realizados por profesionales del ámbito médico que advierten de la presencia creciente de adolescentes y jóvenes con desajustes alimentarios porque “no se gustan a si mismos”, aunque, como advierten algunos autores (Campaña, Castro 1993), su peso y su talla puedan estar dentro de los parámetros considerados “normales”. Desean medir más y pesar menos. Resulta difícil convencerlos de su “normalidad” biológica, puesto que su valoración de la imagen corporal está socioculturalmente construida (Moses 1989) y en cierto modo sus percepciones sobre el peso “normal” no se ajustan a parámetros reales. Una gran número de adolescentes –mayoritariamente mujeres– aparecen altamente preocupadas, a veces incluso atemorizadas, ante el hecho de poder estar gordas, y sin duda estas concepciones acaba influyendo de algún modo en sus elecciones alimentarias, por la vía de la selección y de la restricción. Si la segunda vía consiste simplemente en reducir o eliminar consumos, la primera se basa en la idea de sustituir productos considerados excesivamente calóricos –y por tanto “peligrosos”– por sus equivalentes más “inofensivos”, en particular los llamados *light*. En un estudio llevado a cabo entre adolescentes mallorquines (Mójer, Benito, Tur 2001) se observa que los productos *light* son consumidos con frecuencia por éstos, aunque con diferencias según el sexo. Así, mientras que el 46% de las chicas mostraban una frecuencia de consumo diaria (más de tres veces al día) sólo el 31% de los chicos mostraba estas mismas frecuencias. También se destaca en este estudio el contraste existente entre el elevado consumo de bebidas refrescantes azucaradas, azúcar, dulces, bollería y snacks y el también elevado consumo de productos *light*. Esto muestra, por un lado, la preocupación de éstos adolescentes por la imagen corporal –y por la consiguiente delgadez– pero también su deseo de no renunciar a unos alimentos que para ellos son sinónimo de placer. Así, el deseo de delgadez no se traduce siempre ni mecánicamente en restricción, sino que se buscan estrategias alternativas para alcanzar el objetivo.

En cualquier caso, lo que sí aparece con claridad es la voluntad de alcanzar un determinado peso, es decir una determinada imagen, mediante modificaciones de los comportamientos alimentarios. Esta situación ya había sido descrita en los años setenta cuando Dwyer, Feldman y Mayer se refieren a la elevada prevalencia de dietas adelgazantes, incluso entre mujeres delgadas. Pero el desarrollo de prácticas como el vómito, el uso de laxantes o el ayuno parecen haber tenido un notable incremento entre adolescentes y jóvenes como medio para controlar el peso. La insatisfacción de las adolescentes con respecto a su imagen aparece plasmada en el estudio de Moses y col.⁵. En éste estudio se repar-

5. MOSES, N; MANSOUR-MAY B; FILMA LIFSHITZ, A: *Fear of Obesity Among Adolescent Girls*. *Pediatrics*, 1989; 3:393-8.

tió un cuestionario en el que se interrogaba sobre el peso, las prácticas dietéticas y los conocimientos nutricionales a 326 adolescentes –mujeres– entre 13 y 18 años. Se documentó una percepción distorsionada del peso corporal ideal particularmente entre las chicas clasificadas como de peso insuficiente (un 36% del total). En cambio, aquellas que tenían un peso adecuado o sobrepeso mostraban una percepción más concordante entre su peso actual y la percepción del peso ideal según talla. Pero debe destacarse sobre todo que la frecuencia de comportamientos considerados “anómalos” fue parecido en las tres categorías, afirmando muchas de las encuestadas haber realizado esfuerzos para restringir su dieta y manifestando su temor a estar gordas. Cerca de una tercera parte de las mujeres con peso insuficiente estaban igualmente preocupadas, lo cual demuestra que el extendido temor a la obesidad es independiente del peso corporal. Otro estudio centrado en el grado de satisfacción con el peso corporal, figura, comportamientos alimentarios y prácticas relacionadas con el control del peso entre las adolescentes es el Moore i col⁶, en el que se repartieron unos cuestionarios anónimos a 854 adolescentes y mujeres jóvenes. Éste muestra que 2/3 partes de las encuestadas no estaban satisfechas con su peso actual y que aproximadamente la mitad no lo estaban tampoco con su figura. De aquellas que se veían a sí mismas con sobrepeso, alrededor de un tercio deseaban una inadecuada –según los parámetros médicos– pérdida de peso. Muchas de las que deseaban perder una cantidad excesiva estaban en aquel momento en un peso estimado normal, algunas incluso tenían un peso insuficiente. También en este estudio aparecen casos de ayuno, vómito provocado y abuso de laxantes y diuréticos. Este desajuste entre peso “deseado” y peso “deseable” aparece también en la encuesta realizada por la revista americana *Glamour* entre 33.000 mujeres, en la que el 75% consideran que tienen un peso excesivo, mientras que según las normas de la Metropolitan Life Insurance Company, sólo el 25% tiene un peso superior al deseable por altura y edad. Estudios más recientes realizados con adolescentes y mujeres jóvenes en España muestran la misma tendencia. Cabe preguntarse si, actualmente, estudios similares llevados a cabo con adolescentes y jóvenes varones, y con mujeres de mayor edad nos darían resultados muy diferentes o si tenderían a converger.

¿Por qué este anhelo insatisfecho de delgadez –a veces extrema– por parte de un número significativo de la población? Es sabido que hoy y en nuestra sociedad la razón –o la legitimación– por la cual un gran número de individuos se someten a la restricción alimentaria no es –o no es mayoritariamente– un deseo de ascesis, de elevación espiritual. En la mayor parte de los casos –no todos– se siguen dietas restrictivas o selectivas para adecuarse a un determinado modelo estético, o al menos así es como se racionaliza este comportamiento. En primer lugar esto no debe ridiculizarse ni minimizarse. Desear ajustarse a este modelo no es banal, responde a la percepción, en absoluto infundada, que el aspecto físico tiene un papel muy relevante en la definición de nuestra identidad social. Y entre los elementos más agresivos, más desvaloriza-

6. COLDAN MOORE, C: “Body Image and Eating Behavior in adolescent Girls”. *Am Jdis Child* 1988; 142: 1114-18.

dores del aspecto físico, destaca hoy el sobrepeso, y con más razón aún la obesidad. Y no es sólo desvalorizante desde el punto de vista del atractivo físico, lo es también desde la perspectiva de la valoración del "carácter", de la consideración de la "personalidad". No resulta nuevo ni sorprendente afirmar –pero no por ello es menos verdad– que se atribuyen características morales –negativas y positivas respectivamente– a la obesidad y a la delgadez. La tendencia, en nuestra sociedad, a la lipofobia ha sido ya ampliamente comentada (Fischler, 1990). La mayor exigencia para con las mujeres en este sentido, también. (Gracia 2002: 365). No menos importante es, sin duda, el hecho de que el negocio del cuerpo y de la delgadez mueva cantidades ingentes de dinero y de intereses. Esto supone la movilización de discursos y la difusión de mensajes culturales que abonen y alimenten este negocio, y en esto juegan un papel sin duda relevante la publicidad y los medios de comunicación.

No obstante, que la publicidad, el negocio de la moda y de los cosméticos, de los masajes y los gimnasios, de las saunas y de la cirugía..., preconicen un determinado modelo estético, no se traduce de una manera directa y mecánica en una interiorización "sin traducción" de este modelo. Y aunque pueda explicar, en parte, el extendido recurso a las dietas adelgazantes y a las estrategias de restricción o selección, tampoco explica el porqué de las restricciones alimentarias más severas ni de los sobreconsumos compulsivos. Si decimos que la presión de los medios, de la publicidad, explican sólo en parte el deseo de delgadez es porqué, entre otras cosas, querer "estar delgado" no quiere decir sólo querer parecerse a las modelos o actrices de moda –aunque en algunos casos también–, ajustarse a modelo "ideal irreal" socialmente construido, quiere decir ante todo ser aceptado por nuestro entorno, ser apreciado, ser valorado, ser querido, en suma. Cuando un niño de diez años empieza a restringir su ingesta alimentaria no suele hacerlo por desear ajustarse a unos modelos estéticos dominantes sino porque percibe muy claramente la desaprobación que su imagen corporal despierta en quienes le rodean. Desaprobación que puede manifestarse de manera muy agresiva por parte de los "iguales", de los compañeros del grupo en el que debería integrarse. Cuando una niña se siente mal en su cuerpo, no es que quiera parecerse a la modelo, cantante o actriz del momento –aunque en algunos casos también–, sino que quiere parecerse a sus amigas, quiera anular las diferencias que dificultan que forme parte plena e igual de su grupo. Pero no sólo. También quiere ser "querida" por sus padres, y por sus hermanos. Quiere su aprobación y la "estima" que se deriva de esta aprobación. Porque muchos padres no admiten fácilmente que su hijo sea diferente o que sea "peor" que los otros niños. Los padres pueden avergonzarse –y en muchos casos lo hacen– de que sus hijos sea unos ineptos para el deporte, no sepan jugar a fútbol o no muestren aptitudes en los estudios. Y también pueden avergonzarse, sin duda, de que sus hijos sean "el gordo de la clase". Y los hijos perciben claramente esta situación. Unos padres profundamente preocupados por su aspecto físico pueden muy bien transmitir a sus hijos la idea que la valoración y la estima que les tengan depende en gran medida en satisfacer sus expectativas en este sentido. Así, un determinado modelo estético, una determinado tipo ideal de imagen corporal fructifica y actúa sobre un territorio de anhelos y necesidades más profundas: la búsqueda de aceptación, de afec-

to, de integración en el grupo. Y intentar satisfacerlos no puede considerarse ni anormal, ni patológico.

En otros casos, dominar y moldear el propio aspecto físico, nuestra "identidad" corporal, puede ser percibido como un medio para "tener éxito". Si este es o no un buen objetivo, se podría discutir. Que es un objetivo central en nuestra sociedad, no parece demasiado discutible. Es lícito preguntarse por qué en nuestra sociedad la delgadez es tan valorizante y tan desvalorizante su opuesto, el sobrepeso. Y también por qué este deseo de conseguir y mantener un peso bajo, -a menudo por debajo del pésimo óptimo- parece más intenso en las mujeres. Las diferentes respuestas que se pueden dar a estas preguntas -a menudo desde una perspectiva de género (Gracia, 2002:371)- son muy sugerentes y sin duda pueden resultar esclarecedoras. Pero lo que no se discute es que el "anhelo de delgadez" existe. Y que juega un papel desencadenante de primer orden en la restricción alimentaria autoinducida, en el sobreconsumo puntual o en la sucesión de periodos restrictivos y periodos de sobreconsumo. Por otro lado, la restricción alimentaria voluntaria, no sólo responde al deseo de delgadez, aunque este tenga un gran peso en nuestra sociedad. Se puede iniciar un proceso de restricción alimentaria como forma de rebelarse ante los padres o contra otra forma de autoridad, o bien como autocastigo, como forma de penitencia, a veces en situaciones que desbordan a quién las vive. Como se ha indicado anteriormente, el control del cuerpo mediante la alimentación puede ser un instrumento que sirva a otros fines.

Pero, ¿por qué tiene tanta fuerza el *deseo de delgadez*? Porque la delgadez se ha convertido en un elemento central de la imagen corporal y en nuestra sociedad ésta juega un papel relevante. La apariencia física parece que compendiaría y evidenciaría todos nuestros defectos y virtudes, no sólo físicos, sino morales e incluso intelectuales. Pero eso no es todo, también es central la concepción de que ese aspecto físico, esa imagen que nos identifica, depende de nosotros. Somos responsables -o culpables- de lo que somos. La importancia que se concede a la imagen corporal no bastaría para explicar estos comportamientos -quizás sí otros trastornos o malestares psicológicos, pero no éstos- sino fuera por que el modelo estético que se impone actualmente es de la delgadez, una delgadez inalcanzable -o alcanzable a un alto precio- para una parte significativa de la población. Es decir, el problema no reside únicamente en que se le conceda gran importancia al aspecto físico (esto puede ser o no un problema, o no más que cualquier otra de las exigencias que se nos plantean), sino que el aspecto físico "deseable" no corresponde al aspecto que corresponde "naturalmente" a un buen número de personas. Y aún esto no sería por sí solo el problema. Tampoco todos podemos ser altos y no pasa nada, porque no podemos cambiar nuestra estatura, no depende de nosotros. No somos responsables de ello y por tanto no debemos sentirnos culpables. Sí podemos, en cambio, -o creemos poder- modificar nuestro peso. Sí somos -o creemos ser- responsables de ello. Sí somos -o nos sentimos- culpables.

Por lo que respecta a la incidencia desigual por sexos, es sabida la mayor incidencia de este trastornos en mujeres que en hombres. Y también la concentra-

ción de casos en la adolescencia . También se dan casos en hombres y en mujeres mayores, pero son menos significativos en número. Pero también es sabido que es mayor la presión sobre la delgadez en la mujer que en el hombre. Como mínimo hasta ahora. Parece que esto empieza a cambiar, y no sería sorprendente que los casos de hombres con trastornos alimentarios empezasen a menudear. No es ineludible partir de la premisa de que las mujeres son más vulnerables que los hombres a este trastorno. Los hombres sometidos a gran presión sobre el peso –profesionales de la danza, por ejemplo– también lo padecen. Lo que parece cambiar, entre hombres y mujeres, es la presión y el nivel de exigencia que se soporta con relación al aspecto físico en general y al peso en particular. En el caso que nos ocupa, las mujeres tienen una mayor tendencia a someterse a dietas restrictivas porque es más necesario para conseguir su objetivo –la imagen valorada– que para los hombres.

En cualquier caso las relaciones con el cuerpo son complejas y a menudo conflictivas. Éstas dependen de diversos factores: de nuestro estado de ánimo, de la intensidad de nuestras percepciones corporales y de nuestras percepciones sensoriales en un momento dado, de la imagen de nosotros mismos que nos envían los otros, de la valoración, o al contrario, del rechazo que sentimos con relación a éste. Así, la imagen del cuerpo no es el simple resultado de nuestras sensaciones corporales. Según si apreciamos o rechazamos nuestro cuerpo, lo percibimos de manera distinta. Además, nuestra imagen del cuerpo dista mucho de ser estable y de corresponder perfectamente a nuestra realidad corporal. Pero la imagen del cuerpo no es una construcción mental esencialmente interna. Es en cambio tributaria, en gran medida, de como percibimos el cuerpo de aquellos que nos rodean, así como de la imagen de nosotros mismos que estos nos transmiten. Esta imagen de nuestro cuerpo que nos transmiten los otros puede ser positiva, fortaleciendo la imagen de nosotros mismos, o negativa, provocando simple desasosiego o verdadera angustia, según el grado de vulnerabilidad. Este grado de vulnerabilidad varía sin duda de un individuo a otro, pero también en un mismo individuo, según su estado de ánimo, sus circunstancias vitales, sus valores, etc. No es sorprendente que durante la adolescencia, período en el cual se construye la imagen de uno mismo, se sea más vulnerable a la visión del otro que incide con fuerza en nuestra visión de nosotros mismos. Más adelante, a lo largo de los años vamos construyendo la imagen de nuestro cuerpo a partir de otros parámetros –por el deseo sexual que pueda inspirar, por la capacidad de generar vida y de amamantar, por ejemplo, en las mujeres, etc.–, que nos hacen menos dependientes de esta valoración externa. Aunque no, sin duda, totalmente independientes. La visión del otro definiéndonos como "viejos", sin atractivo sexual, o simplemente calvos, puede ser intensamente agresiva a cualquier edad, tanto para hombres como para mujeres.

4. EL CONTROL DE LA IMAGEN Y DE LA IDENTIDAD MEDIANTE LA ALIMENTACIÓN

Someterse a la restricción alimentaria más o menos severa de forma voluntaria no es una práctica nueva pero una de sus manifestaciones, lo que se ha

dado en llamar anorexia nerviosa, es relativamente reciente. No tanto la práctica en si misma –que como hemos visto, tiene numerosos antecedentes– como su definición, su clasificación como “trastorno alimentario” de origen psicológico. También parece ser reciente –en su extensión, frecuencia e interpretación– la bulimia, con sus episodios de atracones compulsivos seguidos de vómitos o purgas y de mala conciencia y sentimiento de pérdida de control. Sin llegar a los extremos de autorestricción que supone la anorexia, también puede considerarse un fenómeno reciente –como mínimo en su extensión actual– el hecho de someterse a períodos regulares de restricción alimentaria –las famosas “dietas adelgazantes”– o la eliminación sistemática de alimentos muy apreciados. Y sin llegar a los extremos de la bulimia, también es reciente en su extensión la tendencia al sobreconsumo alimentario puntual seguido de comportamientos compensatorios: recurrir a las dietas adelgazantes, saltarse comidas, sustituir determinados productos por su versión *light*, ayunar periódicamente... Así pues, regímenes alimentarios más o menos restrictivos y consumos excesivos o desordenados formarían parte de un “continuum” –en los extremos del cual se situarían anorexia y bulimia– en el que se expresan deseo de control y de construcción de la identidad –a través de la imagen corporal– pero también toda la ambivalencia que se genera alrededor de la búsqueda y del rechazo del placer.

Aunque los aspectos citados de la relación del ser humano con su cuerpo y de la alimentación como instrumento puedan considerarse en gran medida individuales, algunos factores socioculturales aparecen como claves para entender la forma que adopta esta relación en una determinada sociedad y sobretodo para entender como ésta es interpretada. Para que autorestricción y consumos compulsivos alcancen las proporciones que hoy tienen, en amplios segmentos de la población, hacen falta dos condiciones básicas que ya hemos comentado: por un lado, la abundancia alimentaria, es decir el acceso más o menos generalizado a una gran diversidad de alimentos, y por el otro, la importancia otorgada a la imagen corporal en la definición del individuo, asociada a la alta valoración sociocultural de la delgadez. La primera sin la segunda no se expresaría en autorestricción vigilante, pero la segunda sin la primera tampoco daría lugar al fenómeno tal y como hoy se manifiesta.

Así pues, en un contexto de abundancia alimentaria, que permite gozar del placer de comer regularmente, en un contexto en que este placer se convierte en un argumento de venta, y por tanto es el eje de estrategias publicitarias y de marketing, y en un contexto en el que la imagen corporal es objeto de una alta valoración –y la delgadez en un aspecto clave en esta imagen– “dejar de comer” puede vivirse como una necesidad. Necesidad socialmente construida, sin duda, pero que el individuo vive –e interpreta– como tal, es decir, individualmente, a través del filtro de sus experiencias, sus conocimientos, sus mecanismos psicológicos y sus rasgos de personalidad. La diversidad de “interpretaciones” individuales –que dependen de características genéticas, biológicas y psicológicas– explica la diversidad de concreciones de la relación con la alimentación en un mismo contexto sociocultural de abundancia alimentaria y valoración de la delgadez.

5. UN EJEMPLO: LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA SEVERA AUTOINDUCIDA

Preferimos emplear el concepto de “restricción alimentaria severa autoinducida”, porque es básicamente descriptivo, antes que el de “anorexia nerviosa”, puesto que éste se relaciona con una determinada definición-explicación del “fenómeno”. Si queremos tomar una cierta distancia con la definición de la “anorexia nerviosa” es fundamentalmente por dos razones. En primer lugar, porque al definir se establecen modelos y éstos, por definición y por vocación, diluyen la heterogeneidad de los comportamientos, y, más importante si cabe, de las motivaciones que inducen y las representaciones que subyacen a esos comportamientos. No debe olvidarse que no todos aquellos que se someten a una restricción alimentaria severa por “elección” lo hacen con el objetivo de adelgazar. No todos son mujeres, no todos son adolescentes, ni todos comparten unos mismos rasgos de personalidad, un mismo perfil psicológico. Aunque si es verdad que ahora y en nuestras sociedades, este tipo de comportamiento es más frecuente entre mujeres, y entre éstas, las adolescentes o las jóvenes. Y que a menudo presentan unos determinados perfiles psicológicos. Más frecuente estáticamente no quiere decir, sin embargo, que sólo se dé en esos casos. Si también se dan comportamientos clasificados como “anoréxicos” en hombres, niños o adultos, podemos deducir que edad y sexo –sexo y no género⁷– no son variables con suficiente fuerza explicativa, o no son las únicas variables con fuerza explicativa. Es decir, ser mujer y ser adolescente no son condiciones necesarias –y como es obvio, ni mucho menos suficientes– para que se dé este comportamiento. Si se puede –y se debe– en cambio, preguntar por qué se da una mayor incidencia en estos grupos. Pero sólo para explicar esta mayor incidencia, no para explicar el fenómeno en sí mismo. En segundo lugar, porque al definir la “anorexia nerviosa” al establecer sus características básicas, se trazan las fronteras entre aquellos comportamientos que se ajustan a la definición y los que no. Es decir, se separan los que comportamientos “anoréxicos” –patológicos– de otros comportamientos con los comparten semblanzas –normales– o con otros distintos pero estrechamente emparentados, como la bulimia y la hiperfagia compulsiva –también patológicos–. Y al separar y diferenciar puede perderse de vista todo aquello que comparten y que debe movilizarse para entender, para interpretar estos fenómenos.

Querer marcar una cierta distancia con esta definición no supone negar que exista efectivamente un comportamiento, la “restricción alimentaria severa autoinducida”, que supone un grave problema para la salud y también, muy especialmente, para el bienestar psicológico. Y también es cierto que este comportamiento puede dejar secuelas importantes, entre las cuales quizás la más preocupante sea la dificultad –en algunos casos la imposibilidad– crónica de gestionar sin mayores problemas la alimentación y el peso. Imposibilidad que tiene consecuencias físicas y mentales. Conviene pues tener en cuenta que no son

7. Distinguimos entre sexo y género puesto que no es la condición biológica femenina la que parece ser determinante –también hay hombres que padecen este “trastorno”–, pero si la construcción cultural del género, que somete a las mujeres a una mayor presión por lo que respecta a la imagen corporal.

exactamente lo mismo las clasificaciones, las interpretaciones y las construcciones teóricas para explicar un fenómeno que el fenómeno mismo. Las que se han elaborado alrededor de la anorexia nerviosa son abundantes y diversas. Pero el fenómeno en si mismo consiste, estrictamente, en que ciertas personas, –en un momento dado, o de manera progresiva– deciden reducir drásticamente su ingesta alimentaria y que esto comporta una serie de consecuencias, tanto físicas como psicológicas. Al ser las mujeres adolescentes las que más frecuentemente adoptan este comportamiento en nuestras sociedades, se convierten en el “patrón” del modelo. Se construye el modelo a partir de sus comportamientos, estableciéndose así la categoría. A partir de ahí, cualquier comportamiento que no se ajuste al modelo, no forma parte de la categoría. Pero una categoría es una convención, y como tal arbitraria y útil –sirve a un fin, clasificar para explicar– no una descripción de la “realidad”. Hombres sometidos a una fuerte presión por mantener un peso bajo –los bailarines, por ejemplo– tienen a menudo unos comportamientos que se pueden clasificar perfectamente como “restricción alimentaria severa autoinducida”.

6. EL TRASTORNO Y LOS INDIVIDUOS QUE LO PADECEN

Es preciso preguntarse que, si bien existe este comportamiento, y acarrea unas consecuencias en algunos casos graves y a menudo crónicas, es decir, que podemos aceptar que existe un “trastorno”, no por ello hemos de hablar forzosamente de unas personas “trastornadas”. Este comportamiento quizás no se explique –o no se explique fundamentalmente– por los rasgos específicos del individuo que lo padece, sino por las características del mismo trastorno. Dicho de otra manera, si tenemos fiebre y dolores musculares, cuando tenemos la gripe, es por que esos son algunos de los efectos que produce el virus de la gripe. Naturalmente, si en el momento de coger la enfermedad estamos bajos de defensas, podemos considerar que nuestro estado físico previo es un factor de predisposición, pero no tenemos fiebre porque estemos bajos de defensas. Tenemos fiebre por que tenemos la gripe. También es posible que exista una predisposición genética a coger la gripe. Pero sin la presencia del virus, esta predisposición no se manifiesta. Es probable que cargar todo el peso de la responsabilidad del origen de este comportamiento en las características genéticas, biológicas o –más grave aún, si cabe– en los rasgos psicológicos –y esta es una tendencia clara en el abordaje de esta cuestión desde la psicología– puedan generar más efectos perversos que aportar soluciones. Sin duda existen factores genéticos, biológicos, y quizás en mayor medida psicológicos, de predisposición. Pero estos factores no dan cuenta de este comportamiento. Contribuyen sin duda a que este se desarrolle, pero no lo explican.

Si se cargan las tintas de la responsabilidad del origen de este comportamiento “desviante” en unos determinados rasgos psicológicos individuales –rasgos que, como veremos más adelante, en nuestros contextos no sólo no son considerados “patológicos” sino muy positivos–, se minimizan, en primer lugar, los factores sociales y culturales que intervienen, sin duda, tanto en la génesis como en el desarrollo del proceso. En segundo lugar se estigmatizan aquellos indivi-

duos que viven una situación de restricción alimentaria severa autoinducida. Unas determinadas características de personalidad, biológicas o incluso genéticas pueden predisponer a un comportamiento determinado, comportamiento que no adoptarán otros individuos ante unas mismas presiones culturales, es cierto, pero esto no supone despreciar la influencia de este entorno sociocultural, que contribuirá con fuerza a que esa predisposición –sólo predisposición– se concrete en este comportamiento. La predisposición supone “posibilidad”, pero la presión sociocultural es el detonante que lo convierte en “realidad”. La creciente incidencia de este comportamiento se ha atribuido a menudo a factores socioculturales pero se sigue abordando la cuestión desde un punto de vista individual, sin poner el suficiente empeño en profundizar en estos factores.

Ahora bien, puesto que el “entorno” cultural y social actúa sobre todos los individuos y no todos adoptan los mismos comportamientos, es evidente que la reacción ante y la interacción con éste se manifiesta de distintas formas en función de estas características individuales. Por eso no es conveniente encerrar el análisis de esta presión exclusivamente en los casos de “restricción alimentaria severa autoinducida”, porque deja ocultas otras manifestaciones de esta reacción e interacción. Es preciso situar el comportamiento que nos ocupa en un “continuum” de comportamientos relacionados con la alimentación como instrumento preferente de control de la imagen corporal⁸. Esto hace referencia a aquellos que se ha definido como bulimia, hiperfagia compulsiva, bulimarexia, peso oscilante en yo-yo etc, pero no exclusivamente. También se incluyen aquellos comportamientos considerados “normales”, pero que incorporan una atención consciente y constante del peso, su control mediante la dieta y una preocupación intensa y sostenida por esta cuestión. Control consciente, mediante dieta y preocupación, son los elementos clave para delimitar el fenómeno. Todos aquellos comportamientos que incluyen estos tres aspectos entran dentro de este “continuum”. Tenemos pues, por un lado, características individuales, que pueden ser genéticas, biológicas y psicológicas, y por el otro, un entorno cultural y social determinado que otorga un papel central a la imagen corporal y estimula el control de esa imagen mediante el control del peso, a través del control de la ingesta alimentaria. De modo que una situación que favorece la restricción alimentaria –incluso la propugna con fuerza– actúa sobre los individuos, con una desigual predisposición a realizar esta restricción, y también con una situación de partida diferenciada⁹.

8. La imagen corporal es, en nuestras sociedades, un elemento central en la construcción de nuestra identidad.

9. Estas diferencias dependen de diferentes factores: género, sexo, edad, constitución física, situación socioeconómica, actividad laboral... Cuando hablamos de sexo nos referimos a la mayor tendencia a acumular grasas biológica en determinadas zonas del cuerpo, o a la relación entre ciclos hormonales y constitución corporal, cuando hablamos de género nos referimos a todos aquellos aspectos de la “feminidad” culturalmente construidos que tienen que ver con la percepción y valoración del cuerpo.

7. LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

Es posible plantear que el verdadero desencadenante de este comportamiento “desviante” sea la restricción alimentaria misma. Esta restricción puede deberse a múltiples motivaciones, como se ha comentado anteriormente, así que difícilmente se puede atribuir exclusivamente al deseo de alcanzar una determinada imagen corporal, “el deseo de esbeltez”, el origen del “trastorno. La motivación –sea la que sea– en cualquier caso induce a un comportamiento restrictivo, pero sería la restricción misma la que desencadenaría el proceso. En este sentido pueden tenerse en cuenta –sin ningún carácter de prueba, porque los testimonios históricos son poco fiables y nos llegan a través del filtro de quienes lo interpretaron en su momento– los casos de restricción alimentaria severa autoinducida por motivos religiosos o políticos y reivindicativos. Pero sea cual sea la motivación, el caso es que por distintas razones, los individuos se pueden someter a restricciones alimentarias muy severas voluntariamente, y esto acarrea consecuencias de distinto orden.

El síndrome de restricción alimentaria ha sido ampliamente descrito. Se trata de la situación que se produce cuando se sigue una alimentación restrictiva, que aporta una cantidad insuficiente de calorías con relación a las necesidades. A diferencia del ayuno completo, el hambre y el malestar persisten, tanto físico como psicológico. El carácter cambia lentamente. En un primer momento, el individuo se vuelve irritable, ansioso y depresivo. Se centra más en sí mismo, y se desinteresa de lo que le rodea. El deseo sexual se apaga progresivamente, mientras que el interés por la alimentación se convierte en predominante, en obsesivo. El individuo que se mantiene en una situación de restricción alimentaria permanente vive en una situación de búsqueda constante de alimentos, piensa sin cesar en lo que podría comer y en lo que ha comido en el pasado. Si la restricción alimentaria perdura, la agresividad y la búsqueda de alimentos dejan paso a un estado de apatía, de desinterés general, de letargia. La percepción del tiempo varía. La imagen del cuerpo se desdibuja y aparecen sensaciones de despersonalización. Cuando por fin el individuo tiene acceso a los alimentos, pierde todo control y se lanza ávidamente sobre ellos, de una forma que se puede describir como bulímica. Estos comportamientos se observan, con intensidades diversas, cuando se producen privaciones involuntarias, en situaciones de guerra o de hambruna. Pero anoréxicos, obesos o bulímicos en periodo de restricción severa presentan síntomas parecidos. Este síndrome fue reproducido experimentalmente en el experimento llamado de “Minnesota”, el año 1950 (Appel 1994). Hombres jóvenes y con buena salud fueron sometidos a un régimen restrictivo hasta perder el 25% de su peso corporal. Se volvieron entonces irritables, ansiosos o depresivos, presentaron un estado de desequilibrio emocional y se mostraron sujetos a impulsos bulímicos. Los tests psicológicos evidenciaban una elevación de los niveles de depresión, “hipocondría” e “histeria” (podemos poner entre paréntesis los términos, junto con las interpretaciones y las construcciones teóricas que los acompañan, pero no por ello debemos dejar de lado las “manifestaciones” que intentan describir). Estaban obsesionados por almacenar alimentos, guardaban lo poco que tenían. Este comportamiento se observa también en las ratas y en los anoréxicos. La obsesión más genérica por los ali-

mentos, no sólo por su almacenamiento sino por cualquier cosa relacionada con ellos (cocinar para los otros, adquirir conocimientos dietéticos, hablar de comida constantemente, etc.) es muy frecuente entre los anoréxicos, y no parece absurdo pensar que se relaciona también directamente con la restricción alimentaria.

Las restricciones alimentarias permanentes (en casos de la llamada “anorexia restrictiva”) o irregulares (en otras formas de anorexia, en bulimia, obesidad, hiperfagia, etc.) también llevan aparejada un “síndrome de restricción cognitiva”, que se caracteriza por una forma de pensar dicotómica, una actitud de todo o nada, que favorece la alternancia entre privaciones y excesos alimentarios. Cualquier trasgresión de las rígidas normas que se ha impuesto el individuo inducen a un periodo de exceso y de frenesí alimentario. Este umbral de “todo o nada”, que se observa en los estados de restricción alimentaria, admite también explicaciones de orden biológico. Una primera ingesta puede desencadenar diversos mecanismos hormonales que desembocarían en una secreción de insulina, responsable ésta de una situación bulímica. Desde esta perspectiva, la restricción alimentaria tendría pues repercusiones sobre el estado fisiológico, que, a su vez, generaría una alimentación de tipo bulímico, de diente de sierra (Apeldooffer 1994:109).

8. EL MODELO COMO ESTIGMA

En cualquier caso, reconocer esta vertiente “biológica” de los trastornos alimentarios no supone minimizar o quitar importancia a los factores culturales que inducen a una gran parte de la población a una restricción alimentaria, que en algunos casos puede llegar a ser muy severa, y por lo tanto, acarrear consecuencias graves. Al contrario, precisamente es sobre estos factores sobre los que se puede incidir, y por lo tanto, sobre los que conviene insistir. Pero tener en cuenta estos aspectos “biológicos” de la restricción puede ayudar a desproblematizar la personalidad o las características del individuo que padece estos trastornos. El hecho de que los comportamientos llamados “bulimia” y “anorexia” han sido definidos como síndromes psiquiátricos durante más de cien años ha contribuido y siguen contribuyendo a su estigmatización. El hecho de que las principales afectadas sean chicas, y además jóvenes, también. Si además añadimos que una parte significativa los motivos por los cuales se inicia el proceso de restricción hoy son considerados banales (adelgazar, seguir los criterios impuestos por la moda...), aunque a menudo no lo sean tanto, la estigmatización se completa. Estigmatización que se convierte en una carga suplementaria para quienes experimentan este “trastorno” y dificulta la comprensión de quienes le rodean.

También hay que tener en cuenta las “otras razones” de la restricción”. El hecho de dejar de comer o de comer muy poco puede venir de lejos y se puede explicar de diferentes maneras, pero aunque el desencadenante de la restricción sea distinto, cuando el proceso se ha iniciado sigue unas pautas comunes, identificables en cada caso. Y también se encuentran elementos comunes en el “después” de la crisis de restricción alimentaria severa. El pánico a engordar, la pre-

ocupación constante por mantener el control, el comportamiento obsesivo con relación a la comida, pueden muy bien ser manifestaciones de la pérdida del equilibrio en el mecanismo que regula la ingesta de alimentos/sensación de saciedad o del hambre/regulación del peso.

9. FACTORES INDIVIDUALES PREDISPONENTES

A menudo se observa que el perfeccionismo y la capacidad de poner mucho empeño en aquello que uno se propone son rasgos que se encuentran en un gran número de casos de este comportamiento. Probablemente es cierto. Hace falta ser muy perfeccionista y tener una gran capacidad para intentar satisfacer las propias exigencias para llegar a los extremos de restricción alimentaria a los que se llega. ¿Debemos por ello interpretar que perfeccionismo y voluntad son problemas, o peor aún, patologías? No se juzga patológico en nuestra sociedad esforzarse en tener las mejores notas, o en ser el mejor vendedor de la empresa o la mejor ama de casa del barrio. Si esta actitud es deseable o no es otra cuestión, pero así es como se valora. Cuando una adolescente se obsesiona por obtener los mejores resultados académicos, su comportamiento no se pone en entredicho. Cuando intenta por todos los medios alcanzar el aspecto físico que considera deseable, espera obtener éxito, aceptación de los demás y fortalecimiento de la autoestima. Exactamente lo mismo que esperar obtener con un expediente académico brillante. ¿Cuál es el problema en el caso de obtener "éxito" a través del adelgazamiento? ¿Qué es lo que hace que lo percibamos como patológico? Que entraña graves riesgos. Reales. Porque el camino de la restricción alimentaria aparece plagado de trampas. Parece ser que en el ámbito de la alimentación, el equilibrio se puede romper muy fácilmente. Muchos casos de obesidad, de sobrepeso, de bulimia, de hiperfagia compulsiva dan cuenta de ello. Se están estudiando, y deberían estudiarse más a fondo, todos los mecanismos bioquímicos que se ponen en marcha en los procesos de restricción alimentaria, y los efectos que estos tienen sobre los comportamientos y los procesos cognitivos. Lo que sí parece evidente es que cuando se ha roto el equilibrio, la regulación normal de la ingesta y del peso resulta muy difícil de recuperar. A menudo aquellos que han padecido un trastorno del comportamiento alimentario afirman que, aunque se consideran "curados" del trastorno, su relación con la alimentación ya no ha vuelto a ser nunca la misma. Viven con una actitud de atención constante, de regulación, de ansiedad. Incluso de reaprendizaje de la alimentación.

Una autoestima frágil es una de las características que se relacionan frecuentemente con este comportamiento. Sin duda una autoestima frágil predispone a valorarse y medirse según la opinión de los demás, y la necesidad de ajustarse a los criterios hegemónicos sobre lo que uno debe ser es mayor. Y sin duda esto favorece la adopción de un comportamiento alimentario restrictivo, si se considera que el propio peso es un impedimento para este ajuste de la propia imagen corporal con estos criterios. Pero este "rasgo" del carácter desborda ampliamente la cuestión que nos ocupa, y no añade nada nuevo a su análisis. Es decir, tener una autoestima frágil –factor individual, pero sin duda también

social, puesto que determinadas condiciones sociales y culturales “fragilizan” la autoestima– no conduce inexorablemente a este comportamiento, deben conjugar diferentes factores para que esto ocurra. Y una autoestima poderosa no exime tampoco de todo riesgo.

10. PARA FINALIZAR

Como ya se ha dicho, las explicaciones y legitimaciones de la restricción alimentaria –con su contrapartida, la ingesta compulsiva, son variadas y de muy distinto orden. Pueden ir desde un deseo de purificación/desintoxicación física, desde perspectivas médicas y dietéticas, a un deseo de elevación espiritual y de comunicación con lo divino..., o puede responder al simple deseo de ser más atractivo, de ser querido o de ser aceptado, según el individuo, según la época, según la sociedad y sus valores. Las legitimaciones sí, pero, ¿y las razones? Quizás la razón principal resida en el deseo de control y de actuación sobre el entorno y sobre si mismo –y sobre los otros– del ser humano¹⁰. Una de las formas más evidentes de operar sobre el cuerpo –el propio y el de los demás– es el de la alimentación. Alimentación y sexo son, sin duda, vías preferentes en este sentido, y las formas de incidir sobre él variadas. Se puede actuar sobre el cuerpo –mediante la alimentación o su negación– ya se ha dicho, como manifestación de control, como instrumento para agredir o violentar a los otros, como una forma de rebeldía, como signo de diferenciación, para obtener estados de conciencia alterados, y muy en particular, para experimentar dolor y placer. La alimentación permite experimentar el dolor a través de la restricción y del exceso, del mismo modo que mediante la alimentación y su restricción se puede obtener placer¹¹.

Esta enorme capacidad de generar estados que tiene la ingesta alimentaria y su negación, este poder que confiere su control, se manifiesta en una multitud de prácticas polivalentes y de gran expresividad. Y esto lo saben –o lo intuyen– aquellos que se introducen voluntariamente en un ciclo de restricción alimentaria severa. Lo que posiblemente no sepan es que entran al mismo tiempo a un ciclo biológico y psicológico muy difícil de controlar. El individuo, sus mecanismos psicológicos y sus actitudes, la sociedad y sus presiones, la cultura y sus representaciones generan las condiciones que desencadenan el proceso.

Pero sin llegar a los extremos de las conductas altamente autorestrictivas, el control del cuerpo mediante la alimentación, la capacidad de ésta de incidir en la construcción de la imagen corporal y a través de ésta de la propia identidad, desencadena un gran número de comportamientos y de representaciones, se

10. Deseo ampliamente demostrado, entre otras cosas, por su extraordinario despliegue de capacidades tecnológicas que sirven precisamente para eso.

11. Nos referimos al placer que puede proporcionar la sensación de “estómago vacío” en algunos casos, y a la sensación de ligereza, de lucidez, de claridad mental que acompaña las primeras fases del ayuno voluntario.

encarna en prácticas y en estrategias. Que no siempre tienen connotaciones negativas, porque si el control de la propia imagen puede generar angustia, también puede dar sensación de poder, de dominio. Aunque sólo sea dominio sobre uno mismo. Una de las consecuencias que puede tener el deseo de incidir en la imagen corporal a través de la alimentación quizás sea, en algunos casos, la adopción de prácticas alimentarias consideradas más "saludables". Y esta no sería un efecto indeseable.

BIBLIOGRAFÍA

- APFELDORFER, G. *Traité de l'alimentation et du corps*, Paris: Flammarion, 1994.
- BUENO CAMPAÑA, M.; MARTÍN CASTRO, A. "Adquisición de los hábitos alimentarios propios y su influencia en la dieta de los adolescentes". *Nutrición Clínica* 2. 1993, Año-XIII, Vol. 13.
- COLDAN MOORE, C. "Body Image and Eating Behavior in adolescent Girls". *Am. Jdis. Child.*, 142; 1988, pp. 1114-1118.
- GORDON, R. A. *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona, Ariel, 1994.
- GRACIA, M. "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa". En: Gracia (ed.) *Somos lo que comemos*. Barcelona: Ariel, 2002, pp. 349-375.
- GUILLEMOT, A.; LAXENAIRE, A. *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Paris: Masson, 1997.
- MOSES, N.; MANSOUR-MAY B.; FILMA LIFSHITZ, A. *Fear of Obesity Among Adolescent Girls*. *Pediatrics*, 3; 1989, pp. 393-398.
- WILLIAMSON, D. A. *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*, New York, Pergamon Express, 1990.