

Cuerpo, alimentación y salud: razones para no comer

(Body, food and health: reasons for not eating)

Gracia Arnaiz, M^a Isabel

Univ. Rovira i Virgili. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Pl. Imperial Tarraco, 1. 43005 Tarragona

BIBLID [1137-439X (2005), 27; 149-164] Recep.: 23.09.03
Acep.: 11.03.05

En este artículo se plantean las diferentes razones culturales del auto-ayuno y el sentido que adquiere la comida, y su evitación como medio de diferenciación y control social. También se analiza la emergencia y difusión del ideal corporal basado en la delgadez y el modo en que para las mujeres, las experiencias corporales canalizan y expresan identidades individuales y sociales.

Palabras Clave: Anorexia nerviosa. Cuerpo. Mujeres. Auto-ayuno. Trastorno étnico. Construcción social.

Artikulu honetan hainbat gai planteatzen dira: nahita egindako barauaren arrazoi kultural desberdinak, janariak hartzen duen esanahia, bai eta hori saihesteak desberdintze eta kontrol sozial gisa duena ere. Era berean, argaltasunean oinarritzen den gorputzaren idealaren sorrera eta zabal-kundea eta emakumeentzat gorputz esperientziek bideratu eta adierazten dituzten identitateak –gizabanakoak zein sozialak– aztertzen dira artikuluan.

Giltza-Hitzak: Nerbio anorexia. Gorputza. Emakumeak. Autobaraua. Nahaste etnikoa. Gizarte eraketa

Dans cet article se posent les différentes raisons culturelles de l'auto jeune et le sens qu'obtient la nourriture, et sa privation comme moyen de différenciation et de contrôle social. On analyse également l'urgence et la diffusion de l'idéal corporel basé sur la minceur et la façon dont les expériences corporelles canalisent et expriment des identités individuelles et sociales pour les femmes.

Mots Clés: Anorexia nerveuse. Corps. Femmes. "Auto jeune". Trouble ethnique. Construction sociale.

INTRODUCCIÓN

En esta comunicación voy a expresar diversas ideas sobre el fenómeno del no-comer voluntario, especialmente del autoayuno femenino (*self-starvation*). No presento, sin embargo, apenas conclusiones. Me voy a exponer a decir en voz alta algunas de las reflexiones que me estoy planteando después de haberme *iniciado* en el análisis de la anorexia nerviosa ya no sólo mediante los libros, sino a través de los pacientes y los informantes. Hace un par de años escribí un artículo intentando dar cuenta de la lógica de los trastornos alimentarios, de buscar la racionalidad del autoayuno en nuestra sociedad contemporánea y lo hice consultando fuentes bibliográficas de diverso tipo: literatura médica y psiquiátrica, antropología de la medicina, y antropología y sociología de la alimentación. Confeccioné, en el sentido de construir, una visión más de la anorexia nerviosa (Gracia 2000), con la que hoy me siento menos a gusto y que, en cualquier caso, estoy sometiendo a revisión. Posiblemente en ese texto faltaban ciertas lecturas y, sobre todo, faltaba una aproximación menos distante y un conocimiento más profundo de las personas que habían sido o estaban siendo clasificadas de anoréxicas nerviosas.

Hoy, después de haber tenido la oportunidad de hablar y conocer a algunas de estas personas¹ y de haber observado más o menos de cerca a quienes las definen y las tratan (alivian o curan), después de haber pensado sobre el significado del no-comer en nuestra sociedad, de ser mujer, de estar delgado y de lo que es normal o desviado en términos de comportamiento alimentario, me siento con más argumentos para discutir algunos de los discursos dominantes que actualmente "explican" la "irracionalidad" o la "anormalidad" de las prácticas del autoayuno femenino. Espero que esta breve reflexión, que de momento es solo personal sirva, si no ahora más adelante, para discutir con quien tenga argumentos y ganas qué es esto de la anorexia nerviosa y proponer, por qué no, una *mirada* algo distinta de este problema o lo que es lo mismo un abordaje menos *psicopatologizado*.

Voy a reflexionar en voz alta, pues, evitando al máximo referencias bibliográficas y otros convencionalismos de la escritura etnográfica. El hilo argumental que articula esta intervención es muy simple: creo sinceramente que la anorexia nerviosa es una construcción social y cómo tal puede explicarse y comprenderse en términos de racionalidad cultural. No hay complejidad en esta afirmación, ni tampoco en sus consecuencias: de ser así, una construcción social que se corresponde y varía en función del contexto en que se conforma, es evidente que el abordaje y la intervención deben hacerse desde el reconocimiento y transformación de dicho contexto. No estoy planteando con ello una revolución del orden social, como algunos han sugerido: la clorosis y la histeria hoy no existen y no ha

1. Esta oportunidad ha sido posible gracias al proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer "Género, cuerpo y alimentación: la construcción social de la anorexia nerviosa". (Exp 061-2001) en el que han participado un grupo de antropólogos de la Universitat Rovira i Virgili (Grup d'Antropologia Social) y de la Universitat de Barcelona (Grup d'Estudis Alimenaris).

sido porque el mundo haya hecho la revolución. Simplemente, sugiero una mayor consideración y una mayor interacción con los factores que la condicionan.

La anorexia nerviosa es una enfermedad que ha sido diseñada socialmente y cuyos autores (en el sentido de "constructores") son tanto quienes han definido sus síntomas y su etiología, como quienes han diseñado los métodos de tratamiento, como quienes han experimentado algunos o todos de esos síntomas o quienes han ido haciendo de todo ello un asunto susceptible de ser problematizado socialmente. Por tanto, expertos y terapeutas, personas anoréxicas y la sociedad en su conjunto son los que tienen que dar cuenta y, si es posible, dar salida a este problema.

1. SANTAS, BRUJAS, EMBAUCADORAS... LOCAS Y ENFERMAS

Conviene saber que las conductas alimentarias extremas que hoy suscitan temor y rechazo, o se perciben como desviadas, en épocas anteriores fueron admiradas. El ayuno de las mujeres durante los siglos XII y XIII fue descrito en los textos religiosos como "un milagro de la existencia" (vivir sin comer) e interpretado como una forma de ascetismo. Después de "santas", las mujeres que ayunaban o que se mantenían sin comer (entonces se creía que se podía vivir sin aire) fueron otras cosas: la encarnación del demonio, brujas o embaucadoras. Este es un cambio importante que se produjo a finales de la Edad Media y que continuó hasta los siglos XVIII y XIX. De mujeres santas a manipuladoras y fraudulentas. El ejemplo más claro de los efectos de la interpretación religiosa de las mujeres como el OTRO (modelo social e ideológico que sirvió para construir la masculinidad: moralidad femenina inferior intrínseca a su carácter, tendente a conductas inmorales, más cerca del mal...) fue la caza de brujas de los siglos XV y XVI. Las mujeres ayunadoras dejaron de ser consideradas en alta estima y pasaron a ser ejemplo de amenaza del orden social (Hepworth 1999).

La interpretación religiosa del grupo de mujeres ayunadoras como brujas sirvió para organizar, segregar y aniquilarlas con la intención de mantener el control social. Al fin y al cabo, sus "remedios" curativos estaban al margen de los dictados de la religión y la medicina ortodoxa. La caza de brujas fue una forma primaria de definición de la desviación. Estos procesos de identificación y prácticas de segregación se convirtieron en fundamentales para la organización de las poblaciones en cuerdos y locos; para separar y categorizar la distinción entre cordura y locura y la definición de conductas "anormales", como la anorexia nerviosa. El vínculo central entre el periodo en que las mujeres fueron perseguidas como brujas y las interpretaciones posteriores del autoayuno y la construcción médica de la locura femenina se formó a través de la noción de histeria. En un origen se creyó que la histeria era causada por la brujería, pero a lo largo del XVI y del XVII y en la primera transición de la autoridad religiosa a la médica, la histeria empezó a identificarse como la causa de las enfermedades nerviosas de las mujeres.

Una cuestión importante a señalar es que los síntomas anoréxicos de la Edad Media no fueron vividos ni calificados como enfermedad. Las mujeres ayunado-

ras de la Edad Media fueron consideradas "santas" o "brujas" porque este tipo de conductas, ayunar o aislarse de lo mundano, proponer prácticas de curación no religiosas, no eran calificables por la medicina del momento de "enfermizas". Hay una idea interesante que ha sido recogida en una de las últimas revisiones que se han hecho desde la antropología de la medicina y, especialmente, desde la etnopsiquiatría: síntomas parecidos reciben acepciones diferentes. Y esto es lo que ha sucedido con la anorexia. A partir del XVII, pero sobre todo en el XIX, las ayunadoras empezaron a llamar la atención de los médicos interesados por dar cuenta de si, realmente, se podía vivir sin ingerir alimentos y fue entonces cuando se empezaron describir pormenorizadamente conductas y a relacionar síntomas con situaciones psicológicas y sociales.

El término de anorexia nerviosa se acuñó a finales del XIX. ¿Qué quiere decir todo esto?. Que medicina y cultura también van de la mano y que no sólo la anorexia nerviosa es un constructo social. Lo que se define en un momento dado como enfermedad o no también depende del contexto cultural. A partir del s. XIX, la anorexia se convirtió en *enfermedad* y las mujeres que ayunaban en *enfermas* porque el marco intelectual y el esfuerzo nosológico de la medicina lo permitieron. Los factores socioculturales son también imprescindibles para el nacimiento de una patología (Guillemot y Laxanaire 1994). Existe una influencia recíproca entre cultura y síntomas, por un lado, y cultura y medicina, por otro, de tal manera que los factores socioculturales desempeñan un papel tanto en la eclosión de ciertos tipos de patología, como en la interpretación de los síntomas por parte de los médicos, que los clasifican en función de sus ideas previas. Quizá la anorexia existió en la Edad Media, pero el contexto sociocultural de la época no permitió reconocerla como entidad patológica, ya que los médicos de entonces no disponían de los esquemas intelectuales que les permitiesen pensar en estas enfermedades como mórbidas y que entraran en su campo de acción. Algunos de sus síntomas, ya prevalentes en el siglo pasado, fueron metidos bajo el paraguas de la histeria, que recogía todos los transtornos neuróticos de las mujeres o fueron asociados a la tuberculosis y la clorosis (DiNicola 1990, Gordon 1994): desmayos, cegueras, falta de apetito, depresión, invalidez...

No obstante, los informes médicos de las mujeres que ayunaban durante este siglo hasta principios del XIX continuaban teniendo una orientación religiosa. Se las veía como seres poseídos por el demonio y el ayuno era entendido como una consecuencia de la parte negativa del espíritu femenino. La transición de estas ideas a la autoridad médica constituyó un proceso complejo y vital protagonizado por los intereses particulares de los grupos dominantes. La definición de "grupos desviados" reforzó la necesidad de regulación social y de definir las conductas normativas a seguir. Esta transición se observa en las últimas descripciones de los ayunos de las mujeres cuando se introduce progresivamente el manejo científico. Los casos de las ayunadoras A. Moore y S. Jacob fueron observados muy de cerca por los médicos en un intento de confirmar la hipótesis de que las mujeres podían continuar una existencia milagrosa sin comer (inedia prodigiosa, anoxia mirabilis). Precisamente, cuando se incrementaba esa vigilancia estas mujeres morían (DiNicola 1990).

2. HACIA LA PSIQUIATRIALIZACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

El paso de santas, a brujas y, finalmente, a enfermas siguió, pues, una secuencia lógica. Lo bueno y lo malo se fue relacionando respectivamente con la razón o la sinrazón. A largo del XIX, la medicalización de la desviación y de la locura fue paralela a las demandas para el control social de una sociedad cada vez más compleja. La locura es aceptada como un problema médico y los locos, destinados en instituciones específicas –manicomios–, van a ser dirigidos por la nueva población de expertos "doctores de locos". Bajo este modelo, los asilos y los psiquiatras se convirtieron en necesarios. Los individuos y grupos que presentaban una amenaza eran segregados y sacados de la población general e internados en manicomios, clínicas o prisiones. Coincidiendo con esta religión secular de la medicina, aquellos individuos que autoayunaban fueron confinados a estas instituciones. Las mujeres que rechazaban la comida fueron también segregadas del espacio público (Foucault 1971).

La relación entre estas conductas ayunadoras y la locura no fue difícil. De entrada, era común en esa misma época que los médicos hablaran de una incidencia de la locura superior en mujeres que en hombres. En aquellos momentos, la asociación entre conductas femeninas y locura fue reproducida mediante formas dominantes de conocimiento que relacionaban determinadas trazos de feminidad con el desarrollo de psicopatologías. Las mujeres, siendo el grupo principal asociado con el autoayuno, se convirtieron en sujetos de los discursos psiquiátricos emergentes, implicando experimentación, aislamiento social, confinamiento y sujetos de las continuas anomalías detectadas por la medicina psicológica. Ya desde finales del siglo XIX las mujeres fueron sujetos de los procedimientos experimentales médicos: inmersión en baños fríos, administración de tónicos y píldoras y de otras soluciones farmacológicas. En el caso de la anorexia, el objetivo médico era establecer el peso corporal normal y la relación metabólica y que el cuerpo pudiera funcionar bien. Hoy este objetivo sigue siendo prioritario.

La anorexia nerviosa fue introducida en el s.XIX en la literatura médica como una enfermedad de condición femenina que afectaba principalmente a las mujeres de las clases medias-altas. La vida de estas mujeres a finales de ese siglo estaba bastante determinada por sus roles domésticos, "naturales", de esposas y madres. Como depositarias de la feminidad no se asumía que tuvieran un conocimiento racional, y se construían consecuentemente a través de conceptos relacionados con lo irracional. Las conductas de las mujeres fueron descritas en los informes médicos a menudo como "desviadas". El pensamiento lógico y racional era masculino, mientras que la representación de la feminidad mostraba a las mujeres como seres emocionales, creativos, desviantes y locos. En sus escritos, Lasègue (1873) y Gull (1874) asumieron la naturaleza irracional de las mujeres y especialmente de las mujeres jóvenes para sostener sus argumentos científicos. Situando la anorexia en el discurso de la feminidad, pudieron presentarla como una "perversión mental", propia de las mujeres jóvenes que, al final y al cabo, eran inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Estos médicos intentaron buscar causas orgánicas que pudieran explicar la anorexia

nerviosa sin éxito. Entonces, fue cuando trasladaron su atención hacia la mente, atribuyendo su origen al estado mental del paciente: los disturbios en la vida marital, sexual y emocional de las mujeres ocasionaban esa especie de "locura".

En cuanto la anorexia fue clasificada como un desorden mental, las pacientes se convirtieron en las receptoras de los métodos de tratamiento que reflejaban el desarrollo científico de la psiquiatría (Guillemot y Laxanaire 2000). Hasta 1930 hubieron pocos informes sobre este trastorno, lo cual se explica en parte por la asociación hecha con la enfermedad de Simmonds (caquexia pituitaria). Pero a partir de la profesionalización de la disciplina y de los psiquiatras, las enfermedades mentales se fueron extendiendo y perfilando, de modo que se clasificaron tipos de anorexia nerviosa según la edad de las mujeres y de la aparición de síntomas psicóticos. La mayoría de los tratamientos que se aplicaron hasta mediados de siglo reflejaban el incremento del empleo de prácticas científicas en el manejo de las enfermedades mentales y dichas técnicas incluyeron extractos de tiroides, testosterona, litium carbonatado, lobotomía prefrontal, leucotomía, más tarde la terapia de insulina y la terapia electroconvulsiva (ECT o de shock), los implantes de pituitarias de ternera y un buen número de fármacos. En la primavera del 1990 un boletín de la asociación americana de psiquiatría consideraba el Prozac –un antidepresivo– como un tratamiento atractivo. Hoy, la prescripción de medicamentos se ha convertido en el método más común para el control médico de la desviación.

Queda claro, pues, que la definición de la anorexia nerviosa como enfermedad mental coincide con el asentamiento de la medicina y con el auge de la psiquiatría. Desde el siglo XVII, el enfoque biomédico se esforzó por definir clínicamente el síntoma de "dejar de comer", aunque tuvo muchas dificultades para sentirse cómodo con sus propias clasificaciones hasta el siglo XX. Obsérvese la cantidad de términos médicos que se manejaron en relación con la anorexia nerviosa. La mayoría son poco precisos y reflejan la controversia desde un inicio, manifestando los diferentes puntos de vista sobre el origen y el fenómeno del no-comer:

Nervus atrophy (Morton, 1694)
Inedia Prodigiosa (Hildanus 1646)
Anorexia Mirabilis (Boisser 1772)
Apepsia hysterica (Gull, 1868)
Anorexia nervosa (Gull 1874))
Anorexia hysterica (Lasegue 1873)
Mental anorexia (Huchard 1863)
Pubertal Addiction to thinness (Bruch 1985)
Self-starvation (Palazzoli 1963)

Estas clasificaciones de patologías tienen algunos síntomas en común, pero el principal es el autoayuno de quienes las sufren. Los otros –debilidad, desmayos, depresión, hiperactividad, obsesión, amenorrea, distorsiones de la imagen corporal, etc– coinciden en unos casos, pero no en otros. El término de anorexia indicando falta de apetito data desde el siglo XVI y es cierto también que

hoy numerosos facultativos no están a gusto con él (DiNicola 1990, Gordon 1994, Toro 1996). En rigor, la anorexia es un síntoma (pérdida de apetito) que se presenta en diversas afecciones psiquiátricas o médicas además de la anorexia: en la depresión, en el cáncer, en el estrés.... Por tanto, es poco específico. Se ha criticado el uso de "anorexia" también porque en realidad indica falta de apetito y muchas pacientes sufren un hambre canina y un intenso padecimiento de la inanición, al menos al principio. DiNicola prefiere el término de *self-starvation/autoayuno* porque es más simple y preciso. Una buena parte de los facultativos que actualmente tratan la anorexia nerviosa gozan de una cierta miopía histórica que les lleva a afirmar que lo anterior a este concepto, es decir, las personas ayunadoras de antes de la segunda mitad del XX tenían algunas características similares pero no eran anoréxicas nerviosas, porque sus motivos para ayunar no estaban determinados por el miedo a engordar ni sufrían anomalías en torno a su imagen corporal. Desde la etnopsiquiatría y la psiquiatría médica ya se ha habido respuesta a esta falta de perspectiva aportando términos que parecen más flexibles. Es el caso de *anorexia multiforme*, concepto utilizado por DiNicola (1990) a partir de incluir la aproximación diacrónica y viendo que las evidencias de esta dolencia aparecen en otras épocas. Para él, la anorexia es una dolencia mediada socioculturalmente que reacciona de forma muy sensible al contexto: es una especie de *camaleón cultural* con manifestaciones físicas –derivadas mayormente de la malnutrición– que cambia a través del tiempo.

Después de haber pasado más de un siglo desde que Gull y Lasègue introdujeran el término de anorexia nerviosa, hoy el paradigma médico-psiquiátrico no presenta a sus pacientes como "locas", pero sí como enfermas, y conviene en definirla clínicamente como "un trastorno –grave– del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos y con frecuencia con vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos y anorexígenos y con ejercicio físico desmesurado. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso, sufre distorsión de la imagen corporal, acostumbra a negar la importancia del bajo peso y suele carecer de conciencia de enfermedad" (Toro, 1996). Se diagnostica más o menos fácilmente mediante los DSMs y el Índice de Masa Corporal y se ayudan con toda una batería de tests y de escalas de riesgo sobre actitudes y conductas alimentarias y perfiles psicológicos (EAT, MMPI, EPQ, EDR...). Algunos reconocen que a pesar de los subtipos de trastornos del comportamiento alimentario que se han ido creando en los últimos años (anorexia restrictiva/purgativa, primaria/secundaria, bulimia, obesidad, etc), hay mucho atipismo en los diagnósticos de las historias clínicas de este tipo de pacientes. Esto debe hacernos reflexionar.

Si nos fijamos bien, aparecen tres palabras clave en todo el proceso de construcción de la anorexia: mujeres, enfermedad y psiquiatría. Las personas anoréxicas son mujeres enfermas para la psiquiatría, ni santas, ni brujas, ni embaucadoras; enfermas a partir del momento en que la anorexia nerviosa se constituye en una entidad clínica. Ahora bien, ¿enfermas por qué causas?. La

anorexia no ha podido ser calificada como un síndrome médico orgánico porque todavía no ha sido descubierta ninguna patofisiología. La profesión médica se sentiría más cómoda si hubiera encontrado un tratamiento físico para solucionar este problema, como hizo sobre todo entre los años 1930-50 a través los tratamientos hormonales cuando creyó que la anorexia era una patogenia endocrina –panhipopituitarismo–. La mayoría de los facultativos, sin embargo, ha tenido que regresar a la concepción clásica psicológica de la anorexia nerviosa, recurriendo al ya habitual aislamiento del paciente y a nuevos métodos de tratamiento como la electronarcosis, la farmacoterapia o las variantes psicoterápicas. No obstante, en las últimas revisiones médicas se señala insistentemente la existencia de factores genéticos causales cubriendo funciones de predisposición: la prevalencia familiar del trastorno y los estudios de concordancia gemelar han sustentado esta búsqueda. De ser ciertos, las hipótesis biomédicas se volverían a reforzar.

Así pues, desde el punto de vista psiquiátrico dominante las anoréxicas no son personas "normales": se definen como depresivas, histriónicas, infantiles, inseguras, con baja autoestima, obsesivas, super-controladoras, irracionales. Estos estigmas han sido legitimados por el patrón médico que continúa describiéndolas como seres desviados (Way 1995). Son desviadas por muchos motivos: porque su conducta alimentaria no es normal, porque su personalidad tampoco y porque su comportamiento social desborda lo aceptable. En el proceso de control social médico, las normas se construyen para definir qué es saludable, que es correcto que es normal y, en consecuencia qué es desviado. Las conductas clasificadas como desviadas que tienen consecuencias clínicas deben ser controladas médicamente, independientemente de su origen social o psicológico. En su intento por legitimar la acción –es decir, el diagnóstico, el tratamiento– y sin duda alguna para proteger sus intereses, este modelo tiende a "individualizar" a los pacientes y a sus problemas, buscando la culpabilización, ya sea en el propio individuo o en su entorno más inmediato. Si nos asomamos a las consultas veremos como se crea la distancia social entre la "desviada" y el evaluador/terapeuta. Los profesionales de salud suelen tener definiciones rígidas de las enfermedades mentales y creen que su tarea prioritaria se circunscribe a una: descubrir signos de enfermedad mental para soportar sus presunciones de que los individuos que tratan están enfermos. La dramática apariencia física de las anoréxicas severas a menudo refuerza sus evaluaciones. El retrato corporal y conductual actual sigue siendo estigmatizante, como sucede con una gran parte de las enfermedades mentales: mujeres que son sólo piel, estados mórbidos, deformidades físicas, adicciones, desviaciones sexuales, pasiones no naturales, desórdenes de personalidad, etc. El carácter de estigma es evidente en una buena parte de la literatura médica, y también en la desarrollada por los organismos públicos. Les animo a visitar las WEBS de asociaciones e instituciones específicas o a introducirse en los media que refuerzan esta imagen corporal derivada de la malnutrición: ojeras enormes, huesos, lanugo, piel seca...

3. NO SEA ANORÉXICA, PERO SI SE LE OCURRE....

No enloquezca, pero si lo hace, deberá compartarse como sigue
George Devereux (1955) *Basic Problems in Ethnopsychiatry*

Como sucede con otros trastornos mentales, el modelo médico ha diseñado los patrones de las conductas anoréxicas, de tal manera que sirven también para la adquisición del trastorno. Se trata, como en otros casos, de difundir el modelo, de observarlo y, por qué no, de imitarlo. Sucedió con la propagación del patrón histérico del XIX y ha sucedido ahora con el patrón de la anorexia nerviosa. (Hepworth 1999). La construcción de la anorexia nerviosa como una condición esencialmente femenina afecta a la comprensión clínica de esta enfermedad. El diagnóstico, esencial en la práctica médica, está cargado de dificultades en el área de salud mental, las enfermedades no son directamente observables al médico excepto a través de interpretaciones de síntomas agrupados, característicos de ciertas poblaciones y clasificaciones conductuales. Si, como ha hecho Hepworth (1999) se analizan los discursos históricos y sociales sobre el género, por un lado, y la anorexia en las entrevistas clínicas, se puede observar claramente cómo los hombres se van situando en una posición de candidatos improbables a los trastornos del comportamiento alimentario. A menudo se habla de la anorexia masculina como mucho más severa, diferente a la femenina, aun a pesar de la similitud en la presentación de los síntomas: en su caso, la anorexia se explica como resultado de una malnutrición severa asociada a depresiones endógenas. Esto significa que el modelo médico de anorexia nerviosa se construye en torno a unas ideas de género y de identidad muy precisas, las que sirven para pensar acerca del fenómeno y sus prácticas, las que les sirven para mantener y reproducir sus prácticas clínicas. Los criterios diagnósticos facilitan la relación de 10 a 1 entre mujeres y hombres. No obstante, hay que ser cautelosos porque aún siendo cierta esta relación, el número de hombres anoréxicos determinados por los estudios epidemiológicos no es en absoluto desestimable. Sin embargo, lo que suele transmitirse en los relatos del personal sanitario son las diferencias causales entre las mujeres anoréxicas y los hombres anoréxicos, y las que no lo son. Unas diferencias relacionadas con su edad, con su etnia, con su personalidad, con su entorno, con sus dificultades. La identidad de la mujer anoréxica es construida como en crisis perpetua: la crisis es el origen del conflicto, por ello la terapia individual es la que prevalece. Sin embargo, la pluralidad se difumina en este modelo: las personas anoréxicas no son sólo adolescentes, de una clase social, de un tipo de familia, con una personalidad específica o de un sólo género.

La aceptación del origen multicausal de la anorexia, por otro lado, no ha hecho más que reforzar la estructura patológica con la cual trabajar. La actual concepción multifactorial de los trastornos del comportamiento alimentario, las diferentes formas de abordar el síndrome puede dar la impresión positiva de la pluralidad de abordajes, pero a mi me da la impresión de absoluta confusión: hay miles de trabajos, cientos de perspectivas diferentes y, muchas, son contradictorias. No se habla de una causalidad específica: hay una lista de causas posibles que incluyen la disfunción hormonal, la genética, las presiones socio-culturales y la dinámica familiar. De tal forma que el estatus de la anorexia como

siendo complejo constituye una justificación clave para la aceptación "del no-saber" que justifica la investigación de nuevas ideas sobre sus causas. De momento, el foco central del tratamiento clínico es el establecimiento de la ganancia de peso para evitar la amenaza de muerte que acompaña a esta enfermedad y, dependiendo del grado de severidad, el aislamiento social. La práctica de ir introduciendo pequeñas cantidades de comida a las pacientes, acompañada del reposo en cama, demuestra la continuación y el mantenimiento de las prácticas clínicas del XIX en los hospitales modernos: se les vigila, se les castiga, se les condiciona; todo para que vuelvan a comer.

Definida médicamente así y aceptada como enfermedad por una inmensa mayoría de la gente, cabe preguntarse no ya qué es la anorexia nerviosa sino cuál es su origen. Los modelos explicativos de la anorexia (DiNicola 1990) incluyen al menos ocho hipótesis repartidas en tres grupos distintos dependiendo sobre quienes o en qué se ha puesto atención: el individuo (hipótesis biomédica, desorden de humores, psicobiológica del desarrollo o psicodinámica), la familia (hipótesis del sistema familiar), o los factores socioculturales (hipótesis feministas, síndrome asociado a la cultura, síndrome de cambio cultural o enfoque construccionista). Excepto el último enfoque, el post-estructuralista, apenas ningún modelo se ha planteado e intentado analizar el significado social y personal del no-comer, del ayuno, a pesar de que, curiosamente, sea el eje o punto común incuestionable de todas las anoréxicas, santas, brujas o enfermas.

Las primeras hipótesis construyen la anorexia como una disfunción personal y focalizan la psicoterapia a nivel individual. En este caso, se deja de comer porque algo no funciona por cuestiones biológicas, relacionadas con la pubertad o incluso también con el entorno más inmediato. El segundo grupo supone agrandar la perspectiva de la anorexia situando la enfermedad en el contexto familiar, eso sí, en familias normalmente disfuncionales que presentan un perfil de características psicósomáticas: conflictividad, sobreprotección, rigidez, falta de resolución, etc. Entonces, se deja de comer sobre todo para demostrar el descontento y la disconformidad con las personas más cercanas. Las relaciones materno-filiales captan la mayor atención y también los posibles abusos sexuales por parte del padre/hermanos. El tercer grupo de hipótesis plantea que la anorexia tiene un intenso carácter sociocultural y que una parte de sus características están en función del contexto: prevalencia en sociedades occidentales, entre las mujeres y clases sociales medias, ciertos grupos étnicos y ocupaciones, etc. En este caso, se deja de comer porque los ideales de feminidad, autocontrol, éxito personal y aceptación social se concentran en torno a la imagen del cuerpo delgado y hay que conseguirlo como sea. Las tesis sobre el papel de la cultura van de radicales a moderadas y débiles: la cultura es definitiva, es su precipitante o un simple envoltorio.

4. LA MEDIATIZACIÓN DE LA CULTURA

El ideal de delgadez corporal juega un rol central en la definición actual de la anorexia nerviosa, en tanto que el deseo de alcanzarlo/mantenerlo es situado en la base del trastorno. Sobre la centralidad de dicho ideal se han planteado

diferentes aproximaciones. La presión social para conformar el ideal de belleza femenino, tal como plantean Wolf (1990) o Bordo (1993) desde una perspectiva feminista, tiene una base claramente estructural perpetuada a través de diferentes instituciones sociales e intereses materiales de diverso tipo, tales como las industrias de la moda, los medios de comunicación, la cosmética o la alimentación. Del mismo modo, el sector sanitario también ha desempeñado un rol en todo ello mediante la difusión de mensajes *anti-grasa*, sus constantes propuestas dietéticas y, sobre todo, su equiparación de la delgadez con la salud.

Dichos factores estructurales tienen antecedentes en el desarrollo histórico de la sociedad patriarcal, particularmente representados mediante formas diversas de regulación social del cuerpo femenino, y han supuesto un impacto importante en las creencias culturales, contribuyendo a construir y a promocionar un ideal muy particular de belleza femenina que afecta directamente a la socialización de los géneros. En la medida en que la delgadez se ha convertido en un sinónimo de salud y conformidad social, el cuerpo femenino se ha constituido progresivamente en un blanco explotable por todos estos intereses materiales y sanitarios: ejercer el autocontrol sobre el propio cuerpo en beneficio de la salud o en beneficio de los valores propugnados por el individualismo y la autoresponsabilidad.

En contraste con este análisis que remarca las fuerzas *externas* que presionan a las mujeres a estar de acuerdo con este ideal de delgadez, las teorías postestructuralistas se interesan por el rol que las mujeres juegan en la reproducción de este ideal o, también, en su resistencia y rechazo. Desde esta perspectiva no se deniega la importancia de los factores históricos y culturales ya citados, aunque más que asumirse como determinantes absolutos, se insiste en la necesidad de abordar la subjetividad femenina y ver el papel que ésta juega en las complejas y sutiles facetas de la construcción social de los cuerpos femeninos (Lupton 1996 o de Hepworth 1999).

Se ha manifestado en diversos trabajos que hay mujeres que usan el control corporal como evidencia de un control más estrecho sobre otros aspectos de sus vidas. Bartky (1990: 81) apunta que el control más riguroso sobre el cuerpo, expresado en un cuerpo delgado, se ha convertido en un símbolo esencial de la feminidad moderna y, en efecto, en una nueva forma de control sobre los cuerpos femeninos. La regulación corporal es, no obstante, auto-inflingida, administrada por las mujeres a sí mismas mediante la dieta, el ayuno, el ejercicio físico excesivo y, en su extremo, la cirugía plástica. Sin embargo, hay en todo ello un componente auto-impuesto para su aceptación: las mujeres no son simplemente esponjas pasivas de las estructuras patriarcales coercitivas y de los estereotipos culturales, ya que el control social de los cuerpos femeninos no ha sido interiorizado de la misma forma por las diferentes mujeres.

Examinando el rol de *agency* se pone en evidencia que no todas responden al ideal de delgadez asumiéndolo como parte integral de su identidad, no todas lo perpetúan exigiendo la delgadez al resto de mujeres. Es más, algunas de ellas lo rechazan frontalmente, reivindicando la aceptación de su talla y las prácticas

alimentarias restrictivas, tal como lo demuestra el trabajo de Germov y Williams (1999: 217). Para estos autores, las respuestas femeninas ante el ideal de delgadez son variadas y dan cuenta del rol activo que las mujeres pueden jugar en relación con la construcción del cuerpo y en cualquier caso cuestionan el discurso dominante basado en la delgadez

En general, cada vez más facultativos subrayan que la anorexia es una enfermedad mediatizada socioculturalmente con profundas consecuencias biológicas y evolutivas para las personas que la sufren. Esto da qué pensar en relación con el hecho de que el autoayuno es una respuesta cultural a determinadas situaciones en determinados contextos. A lo largo de la historia, y en diferentes culturas, se han dado situaciones que han favorecido que ciertas personas hayan dejado de comer más o menos voluntariamente. En realidad, es difícil creer en la "voluntariedad" de este acto, al menos en un sentido arbitrario, ya que siempre suele haber un motivo para la restricción alimentaria, ya sea la religión, el bolsillo, la denuncia, el heroísmo, la solidaridad o el deseo de aceptación/exclusión social. Cada uno de estos motivos para el autoayuno han sido o son bien vistos, valorados positivamente por sus respectivos contextos sociales. Es aquí donde tienen que poner atención los que intervienen, los que medican, los que curan la anorexia: en el sentido o significado que tiene la comida, la dieta, la regulación del peso y del cuerpo en cada uno de estos contextos. El ayuno por motivos religiosos, el que practicaban las mujeres que fueron canonizadas por el clero masculino, era un autoayuno razonable dentro de una lógica ascética, dentro de una lógica que sublimaba el rechazo de lo terrestre como medio de acercamiento a Dios. Se sabe que ayunaron, se sabe que murieron por no-comer, pero se sabe menos del verdadero por qué. ¿Para demostrar piedad, abnegación, amor a Dios, a los demás?. Esta es la respuesta más generalizada, la positiva, por decirlo de alguna manera. También se dice que el no-comer fue una forma utilizada por las jóvenes de abandonarse y rechazar las imposiciones familiares en relación a las expectativas de roles femeninos. Al fin y al cabo, entregarse a Dios o casarse con él podía ser más gratificante que hacerlo con un extraño de carne y hueso. Por otro lado, el ayuno religioso sirvió positivamente para aceptar las carencias intrínsecas de una sociedad no abundante. La Iglesia dictaba numerosos ayunos para regular económicamente el sistema.

El autoayuno alcanza mayor relevancia en nuestra cultura contemporánea porque aparentemente hay comida en todas partes y porque parece difícil, y por qué no absurdo, negarse o suprimir ese deseo tan primario, que nos proporciona placer fácilmente, como es la comida. Esta es una de las paradojas que aparece en la introducción de todos los manuales que refieren la anorexia nerviosa como una enfermedad propia de la sociedad moderna: ser anoréxico, es decir, perder el apetito o, mejor, dejar de comer, es hoy más sorprendente que nunca: hay comidas por todas partes y son asequibles para casi todos. Creo, sin embargo, que en el fondo no existe tal paradoja. Hoy, detrás del autoayuno contemporáneo hay otra lógica diferente. La autorrestricción tiene un carácter laico, pero en cierta manera se inicia respondiendo a una regla que se ha ido construyendo, de forma más o menos consciente y aunque no sólo, por el estamento médico durante el último siglo. ¿De qué modo y en base a qué?. Clasificando y definiendo

niendo el sobrepeso y la obesidad como enfermedad, actuando contra el sedentarismo de la población urbana, animando el ejercicio físico, estableciendo los estándares de peso y altura, prescribiendo dieta anti-grasas y, sobre todo, equiparando el cuerpo sano con el cuerpo delgado. La industria aseguradora, cosmética, de la moda y también alimentaria no han hecho más que mercantilizar todos estos criterios definidos por el discurso médico; unos criterios que han dejado de relacionarse exclusivamente con la salud, para hacerlo de forma progresiva con otras cuestiones de orden material y simbólico: ideal de belleza, ideal de éxito social, ideal de feminidad.

La mayoría de estos valores han sido asumidos de forma más estricta por las mujeres que por los hombres y les han originado también más preocupaciones. Hacer dieta, por ejemplo, es una conducta común desarrollada en los países industrializados, especialmente entre las mujeres. Hay numerosos estudios que indican que una mayor parte de las mujeres de estas sociedades temen coger sobrepeso y por ello continuamente hacen dieta. Muchas de las mujeres que hacen dieta, tienen un peso que está realmente dentro de lo que médicamente se define como peso saludable ("ideal") y no siguen razones de salud para perder kilos. También hay estudios que indican que hay más hombres por encima de este peso, pero sin embargo las mujeres se ponen más a dieta. La dieta va siendo sinónimo de manipulación consciente de la elección de alimentos y de los modelos de comida para perder o mantener el peso con la finalidad tan simple de agradarse y agradar a los demás, más que por motivos de salud incluso (Williams y Germov 2000).

Se ha dicho que "estar a dieta" es hoy una nueva forma de religión, la versión moderna de la ética protestante (Gordon 1994, Orbach 1993) y que en el fondo hay una especie de ideal religioso que se disfraza con el epítome de un racionalismo secular: autocontrol, competencia, conformidad. Se ha dicho también que "estar a dieta" es una institución cultural que sostiene la economía de una industria del régimen (Lipovetsky 1999). El autoayuno, en consecuencia, aparece nuevamente como una respuesta lógica y racional. Estar delgado es sinónimo de muchas cosas positivas: salud, atracción física, persuasión, éxito, realización personal, autocontrol, aceptación del orden. Contrariamente, la gordura encarna los valores contrarios: egoísmo, descontrol, suciedad, debilidad, dejadez, enfermedad. El cuerpo es tomado como medida de valoración personal, de ahí su centralidad económica, social y simbólica (Fearthstone et al. 1990).

Sobre estas cuestiones se han escrito cientos de páginas, ciertamente. Se ha escrito menos, sin embargo, sobre las causas aducidas por las personas anoréxicas en relación con su autoayuno. O mejor dicho, se ha simplificado su causalidad en torno al ideal de delgadez, argumentándose que las anoréxicas dejan de comer porque temen engordar, porque no quieren ganar peso y porque se ven gordas, aún estando extremadamente delgadas. De hecho, estos tres factores son determinantes para el diagnóstico del trastorno. Sin embargo, las mujeres no ayunan exclusivamente por motivos de belleza física o no sólo por razones estéticas. Sentirse "hinchadas", "no tener hambre" o "sentir asco por los alimentos" pueden ser incluso consecuencia de la anorexia, no su causa. A menudo estas mujeres autoayunan por los mismos motivos que lo hacemos cualquiera

de nosotros, por todos aquellos motivos que el no-comer toma sentido en nuestro contexto cultural. No obstante, los médicos y psiquiatras, a pesar de ser seres comientes (no sólo biológica sino socialmente), no han insistido demasiado en analizar la comida como forma de expresión, como vehículo para la comunicación. Y es importante tener en cuenta la larga serie de significados que a lo largo de la historia y de las sociedades ha tenido el rechazo de la comida y el ayuno voluntario. Apenas se habla de los sabores, del paladar, de los placeres de la comida, o al contrario, de los sinsabores que comporta (Hepworth 1999). Sólo se alude a la comida a través del discurso de la salud y la enfermedad. Sólo se habla de la dieta como medio para la obtención de salud o como vía para alcanzar el cuerpo delgado. En su tratamiento del trastorno, la práctica médica no hace más que intentar instaurar la regularidad alimentaria, la dieta basada en los criterios nutricionales, desplazando la comida y los alimentos como fuente de placer incluso, satanizando algunos de ellos en la búsqueda de la salud.

Históricamente, el no-comer ha sido una actitud de sufragistas, huelguistas, inmigrantes, artistas del hambre, ascetas... Es imprescindible preguntarse qué significa hoy. ¿Protesta, abandono, renuncia, malestar, conflicto, descontento, atención, solidaridad, bondad, sumisión? ¿Por qué se han convertido estos criterios y estas acciones, algunos muy valorados, en enfermedades mentales?. ¿acaso por sus causas o más bien por sus consecuencias clínicas, por sus consecuencias biológicas y evolutivas?. La anorexia nerviosa no es sólo un problema clínico, no es un problema individual. No debe individualizarse porque sea más fácil de diagnosticar y tratar para los "expertos". Si como viene haciéndose últimamente se reconoce cada vez más la influencia de los factores sociales para explicar su origen, los facultativos tienen que ser consecuentes y cambiar sus prácticas de atención en torno a la anorexia.

El autoayuno siempre ha existido con la peculiaridad de que, siguiendo la idea de DiNicola (1990), se comporta como un camaleón histórico. Aunque se considere que la anorexia es un trastorno moderno (*culture-bound syndrom*), hay que tener en cuenta que su especificidad actual está dentro de un largo *continuum* histórico de ayunos y autoayunos. Sólo de este modo se puede entender las analogías clínicas e históricas de la anorexia. En relación con el género, las razones de por qué se dan más mujeres ayunadoras que hombres parece que tiene que ver con dos cuestiones principales (Counihan y Kaplan 1998). En primer lugar, con la posición diferencial que las mujeres han ocupado respecto a los hombres y, en segundo lugar, con las responsabilidades asumidas respecto a la comida: las mujeres han sido productoras, abastecedoras, nutridoras, servidoras, socializadoras. Sus renuncias a no-comer no son, pues, modernas: cuando ha escaseado la comida en el grupo doméstico han sido las primeras en disminuir u omitir la ingesta, las mujeres han ayunado proteínas en favor de hombres, niños o ancianos cuando los animales no abundaban, las mujeres han demostrado su fe mediante el seguimiento de las prescripciones de los ayunos religiosos o se han solidarizado con los hombres comiendo menos cuando éstos estaban luchando en el frente. A menudo, las mujeres han optado por un no-comer silencioso para regular los recursos económicos del grupo, para socializar a sus miembros, y también para demostrar sutilmente su conformidad/discon-

formidad social. Hay muchos valores asociados a sus autoayunos y, de hecho, siempre han existido presiones "culturales" para la restricción alimentaria.

Conocer las experiencias de aquellas personas que han sido y son consideradas como anoréxicas es el mejor camino para comprender las causas del porqué de estos autoayunos contemporáneos. La definición dada por el modelo médico-psiquiátrico y sus métodos de diagnóstico nos devuelve un "retrato robot" que homogeniza y clonifica a sus pacientes: mujeres adolescentes, de clase media-alta, inteligentes, inmersas en ciertos tipos de familias, con ciertos perfiles psicológicos. La clasificación sirve para delimitar qué mujeres que autoayunan están enfermas y qué otras, que también autoayunan, no lo están. El modelo sirve también para intuir quienes son pre-anoréxicas y decidir cuáles son ex-anoréxicas. Incluso, aunque con bastantes más dificultades clasificatorias, qué hombres sufren este trastorno y cuáles no. Pero el modelo no sirve para curar a corto plazo o medio plazo, o sólo en porcentajes muy bajos. Se conviene que los aspectos físicos y psicológicos deben ser tratados mediante una combinación de rehabilitación nutricional, recuperación de peso y psicoterapia a largo plazo. Algunos centros se consideran ya efectivos si logran hacer que sus pacientes ganen peso. Ahora bien, si se tiene en cuenta el éxito en torno a la preocupación por la imagen corporal, por la comida o las dificultades de sentirse a gusto social y personalmente, la intervención facultativa señala un fracaso importante. La medicina y la psiquiatría deberían proponerse, en consecuencia, buscar en y conocer a quienes ellas definen como "grupos de riesgo" –cada vez más tipos de mujeres diferentes– y saber qué les pasa antes de que lleguen a sus consultas o cuando ya las han abandonado. El deseo de alcanzar la delgadez no siempre explica la anorexia nerviosa. Pero no sólo debe conocer a sus pacientes antes y después, sino también al colectivo en el que están inmersas y con el que interactúan, es decir, a su sociedad. Entonces se darán cuenta de que hay muchas mujeres, y también hombres, que autoayunan, que temen coger peso o que se ven más gordos de lo que en realidad están. También se darán cuenta de que hay mucha gente con problemas de identidad y de autoestima. Y, sin embargo, no son anoréxicos.

De momento, lo único evidente es que mientras que la anorexia continúa siendo manejada por las profesiones médicas y psiquiátricas, las explicaciones sociales y las prácticas permanecen en la periferia. Creo que la aclaración de todo este meollo conceptual y sobre todo la superación de toda esta ineficacia preventiva y terapéutica está en interpretar y comprender el papel que juegan todos los agentes que intervienen en la construcción social de la anorexia nerviosa, pero específicamente el que juegan las personas que son clasificadas como anoréxicas: en sus percepciones, en sus problemas, en sus contextos. Unos contextos que aunque se interpreten personalmente no son individuales, sino sociales. Propongo, como han hecho antes otros desde el contruccionismo, reconocer el rol de la *agency* humana y abandonar la idea de que las mujeres son simple reproductoras de imágenes del cuerpo y de la feminidad socialmente construidas. Hoy por hoy, el modelo médico hegemónico nos proporciona la definición de anorexia nerviosa con la que se sienten más cómodos y más seguros. Ello no significa que ésta sea la definición más oportuna. Este colectivo experto ha de dejar emerger la subjetividad de sus "pacientes". Han de escuchar sus

explicaciones y tratar de comprender de forma más profunda el entramado en el que se generan; han de evitar moldearlas o manipular a sus clientes hasta convencerlas de que las cosas son como ellos creen que son. Entre otras cosas porque convencen a muy pocas anoréxicas. A la mayoría las engordan y las sacan del peligro físico –para su propia tranquilidad y la de sus familias–, pero muchas continúan sin modificar sus percepciones, sus problemas y sus contextos.

BIBLIOGRAFÍA

- COUNIHAN, C.M.; KAPLAN, S.L. *Food and Gender. Identity and Power*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
- DEVEREUX, G. "Normal and abnormal". En: G. Devereux. *Basic Problems in Ethnopsychiatry*. Chicago, University of Chicago Press, 1955.
- DINICOLA V.F. "Anorexia multiforme: self-starvation in historical. and cultural context" "Part I: Self-starvation as a historical chameleon" y "Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27, 1990.
- FEATHESTONE, M. ET AL. *The body: Social Processes and Cultural Theory*. Londres, Sage, 1990.
- FOUCAULT, M. *Madness and civilization: A History of the Insanity in the Age of Reason*. Londres, Tavistock Press, 1971.
- GORDON, R. A. *Anorexia y bulimina. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona, Ariel, 1994.
- GRACIA, M. "Los trastornos alimentarios como trastornos étnicos", *Revista de Trabajo Social y Salud*. Zaragoza, diciembre 2000.
- GUILLEMOT, A.; LAXENAIRE, M. *Anorexie mentale et boulimie: le poids de la culture*, Masson, 2000.
- GULL, W.W. "Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)", *Transactions of the Clinical Society*. Londres, n. 7, 1874, pp. 22-27.
- HEPWORTH, J. *The social constructions of anorexia nervosa*. Londres, Sage Publications, 1999.
- LASÈGUE, E.C. "On Hysterical Anorexia", *Medical Times and Gazette*, 1873, pp. 265-266 (6/9) y 367-9 (27/9).
- LIPOVESTKY, G. *La tercera mujer*. Barcelona, Anagrama, 1999.
- LUPTON, D. *Food, the body and the self*. Londres, Sage Publications, 1996.
- ORBACH, S. *Hunger Strike*. Inglaterra, Penguin Books, 1993
- TORO, J. *El cuerpo como delito*. Barcelona, Ariel SA, 1996.
- WAY, K. "Never Too Rich... Or Too Thin: The rol of stigma in the Social Construction of Anorexia Nervosa". En: MAURER, D.; SOBAL, J. *Eating agendas. Food and nutrition as Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter, 1995.
- WILLIAMS, L.; GERMOV, J. "The ideal: women, food and dieting". En: Germov, J.; Williams, L. *A sociology of food and nutrition. The social appetite*. Oxford, Oxford University Press, 2000.