



Elena ESPEITX
Universitat de Barcelona



Simposio 6: Cultura, poder y salud
Àngel Martínez, Rosario Otegui & Txema Uribe

El hambre autoinducido

Lugar de encuentro entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural

Resumen

La cultura es una variable clave para entender la forma que adopta el hambre autoinducido en una sociedad y sobretodo para entender cómo se interpreta este comportamiento. En esta comunicación se pretende abordar la cuestión de la restricción alimentaria autoinducida como mecanismo de control del ser humano sobre su propio cuerpo, de dominio "interior", pero también de control de lo social a través de lo individual, de lo "exterior" mediante lo "interior", utilizando el propio cuerpo como instrumento. Y cómo este ejercicio de autocontrol desencadena un proceso biológico y psicológico a un tiempo, cómo esta restricción alimentaria severa autoinducida se convierte en nuestra sociedad en "anorexia nerviosa" y por qué.

Abstract

Culture is a key variable on knowledge of the form that the auto-induced hunger adopts in our society and, overcoat, in order to know deeply this behaviour. In this paper we tackle the controversial subject of auto-induced food restriction as a control mechanism of the individual over his body, as an internal control, but also using the body as an instrument of the individual control of social facts. And how this auto-control breaks loose a biological and psychological process, how the auto-induced food restriction turns into "anorexia nervosa" and why.

1. La restricción alimentaria severa autoinducida como fenómeno y la anorexia como modelo

No vamos a utilizar el término de "anorexia nerviosa" por qué en si mismo ya incorpora una definición-explicación del "fenómeno" que no

compartimos. Así, hablaremos de "restricción alimentaria severa autoinducida" puesto que describe el comportamiento que analizamos con una cierta precisión, sin añadir connotaciones innecesarias e indeseadas. Para hacer más ágil la exposición, nos referiremos a menudo a esta restricción alimentaria severa autoin-



Cultura & Política ······ Barcelona, Septiembre de 2002

Actas del IX Congreso de Antropología de la
Federación de Asociaciones de Antropología
del Estado Español

Simposio 6: Cultura, poder y salud



ducida como “este comportamiento”, término con el que pretendemos designar no sólo las prácticas, sino también las actitudes que las rodean, las motivaciones que las inducen y las consecuencias de éstas prácticas, es decir, todo aquello a lo que hace referencia el concepto de “restricción alimentaria severa autoinducida”¹.

Quizás sería conveniente empezar por convenir que existe 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.

La restricción alimentaria severa autoinducida se convierte, en el modelo médico, en “anorexia nerviosa”. Este concepto se construye en torno a unas definiciones de “salud” y “enfermedad”, comportamientos “normales” y “comportamientos patológicos” que adquieren un significado preciso dentro de este ámbito de “conocimiento”. Significado que incluye la necesidad de intervención y corrección o no, en estos estados y de estos comportamientos. Se construye también —al tiempo que contribuye a construir— en torno a unas definiciones y concepciones de género e identidad, de control y de responsabilidad sobre el propio cuerpo, de construcción de la propia imagen... que sirven para pensar acerca de este fenómeno. Así, la

restricción alimentaria severa autoinducida, sus motivaciones, sus prácticas y sus consecuencias, se incorpora dentro de una categoría que, al tiempo que la define, pretende explicarla.

Pero este modelo no es más que eso, un modelo. Es decir, por un lado hay esta categoría que define, pretende explicar, y al tiempo propone vías de “curación”, y por el otro hay el fenómeno en sí mismo, que tiene existencia fuera del modelo que lo explica. No se debe confundir el fenómeno con la explicación que le da sentido. Los relámpagos existen, tanto si se considera que son fruto de la ira de los dioses o fenómenos eléctricos. La restricción alimentaria severa autoinducida existe, aunque se justifique o se explique de distintas formas.

Por otro lado, los modelos, por definición, 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 —por qué es central— 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 psicológicos. Ni todos pertenecen a una misma sociedad ni a un mismo momento histórico. Aunque si es verdad que ahora, y en nuestras sociedades, este tipo de comportamiento es más frecuente entre mujeres jóvenes. Más frecuente estadísticamente no quiere decir, sin embargo, que sólo se dé en esos casos. Si también se dan com-





portamientos clasificados como “anoréxicos” en hombres, niños o adultos, podemos deducir que edad y sexo –sexo y no género²- no son variables con suficiente 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 incidencia mayor, no para explicar el fenómeno en sí mismo.

Aunque el comportamiento es parecido en todos los casos, la persona que lo experimenta y por tanto también la forma como lo vive y lo interpreta- es diferente. Por otro lado, no debemos olvidar que las personas entrevistadas han pasado todas por un proceso de medicalización que homogeneiza en cierta medida la percepción y la vivencia misma del “trastorno”. Pero antes de ser clasificado como “anorexia” ya existía, aunque sin nombre –de otro modo no se hubiera llegado a la medicalización- y sin duda hay casos en los que no se llega nunca a la puesta en manos de los médicos. Y estos “trastornos previos o “silenciosos” existen del mismo modo y deben ser explicados también. Es decir, si bien el análisis de la medicalización y de la construcción de modelos por parte del modelo médico hegemónico, o de cualquier otro, aparece como absolutamente necesario y sugerente, no agota todo el fenómeno. No deben confundirse las clasificaciones, las interpretaciones y las construcciones teóricas para explicar un fenómeno con el fenómeno mismo. Y este 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”.

2. Factores individuales, factores sociales

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”. Es decir, que este comportamiento quizás no se explique -o no se explique fundamentalmente- por los rasgos específicos del individuo que lo padece, si no 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 mo-





mento 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 estamos 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, a mi entender, 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" si no 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 individuos que viven una situación de restricción alimentaria severa autoinducida, como veremos más adelante.

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 han atribuido a menudo a factores socioculturales (Gordon, 1994), pero, como destaca M. Gracia (Gracia: 2002), se sigue abordando la cuestión desde un punto de vista individual, sin poner el suficiente empeño en profundizar en estos factores. Como plantea la autora "Si es la presión cultural la que ofrece mayor capacidad explicativa de estos fenómenos ¿por qué no abordarla? O ¿por qué, en buena parte, no cambiarla?".

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", por que 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 corporal³. Naturalmente nos referimos 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", la ausencia de uno de ellos los dejaría fuera de esta categoría amplia.

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 diferenciada⁴.

Es decir, las consecuencias de la restricción alimentaria para controlar el peso pueden ser variadas: sobrepeso, oscilaciones constantes, obesidad, anorexia, bulimia, o bien se pueden traducir en el éxito al conseguir equilibrar la ingesta con el peso deseado. Con esto no se quiere decir, ni mucho menos, que el deseo por

obtener un determinado peso, y por tanto una determinada imagen, con todas las "significaciones" que conlleva, sea el único motivo de iniciar una restricción alimentaria severa autoimpuesta. Puede haber distintas razones para insistir en este empeño, pero el empeño es el mismo. La creciente presión por una determinada imagen corporal no explica por sí sola el fenómeno, puesto que existen otros motivos para dejar de comer. Sí puede explicar, quizás, la creciente incidencia de éste y su prevalencia en los grupos que más sometidos a esta presión: mujeres en primer lugar, jóvenes, o grupos específicos como bailarines o modelos.

De la misma manera que entendemos que no existen personas "trastornadas", consideramos que no se puede definir un "tipo" de personalidad" o de "circunstancia" (social, cultural, económica, familiar...) propia y específica de las personas que adoptan este comportamiento. En nuestra investigación⁵ hemos podido observar que los perfiles son distintos. Aunque el comportamiento es parecido en todos los casos, la persona que lo experimenta - y por tanto también la forma como lo vive y lo interpreta- es diferente.

3. La restricción alimentaria

Es posible plantear si el verdadero desencadenante de este comportamiento "desviante" no es la misma restricción alimentaria. Esta restricción puede deberse a múltiples motivaciones, como se ha comentado anteriormente, así que difícilmente se puede atribuir 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, por qué 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 (Appeldofer, G.: 1994, p.107), 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. (Appeldofer, G.: 1994, p.108), 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, presentando un estado de desequilibrio emocional, y estando 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 alimentos, 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 transgresión 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 alimentaria puede desencadenar diversos mecanismos hormonales que desembocarían en una secreción de insulina, responsable esta 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).

4. 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 (Williamson, 1990:8) 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. Esto es grave en cualquier caso, pero puede ser peor, si el que lo vive no encaja en el modelo. Si se trata de un hombre o de una mujer adulta, se les acusa de padecer una enfermedad mental —y esta es la parte políticamente "correcta"— de niña tonta —y esta no lo tanto, aunque igualmente estigmatizada— y es dudoso que eso sirva de alguna ayuda, a parte de culpabilizarlos doblemente, por padecer una "enfermedad psiquiátrica" que no les corresponde.





5. El "deseo de delgadez"

Es evidente que actualmente y en nuestra sociedad la razón por la cual nos sometemos a la restricción alimentaria no es un deseo de ascesis, de elevación espiritual. En la mayor parte de casos –no todos- nos sometemos a dietas restrictivas para alcanzar un determinado modelo estético. Esto no debe ridiculizarse ni minimizarse. Desear ajustarse a este modelo no es banal, ni debe interpretarse como un signo de "superficialidad", o de tener unos objetivos equivocados. Responde a la percepción, en absoluto infundada, que nuestro aspecto físico tiene un papel muy relevante en la definición de nuestra identidad social. Y entre los elementos más agresivos, más desvalorizadores del aspecto físico, destaca el sobrepeso, 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. Como destaca M. Gracia, "el interés moderno por la delgadez femenina tiene diversos orígenes y está asociado, junto con la salud, al menos a tres cuestiones principales que afectan a las mujeres: con la función que adquieren progresivamente el vestido, y en este sentido, el cuerpo como objeto de moda, con el triunfo del modelo

juvenil y prematernal y con la afirmación de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo" (Gracia, M., 2002: 365). Y sin duda, también, por que el negocio del cuerpo y de la delgadez mueve cantidades ingentes de dinero y de intereses.

No obstante, que la publicidad, el negocio de la moda y de los cosméticos, etc. preconizan un determinado modelo estético, no se traduce de una manera directa y mecánica en una interiorización "sin traducción" de este modelo, hasta el punto de dejarse morir de hambre. Entre otras cosas, por que querer "estar delgado" no quiere decir sólo querer parecerse a las modelos o actrices de moda - aunque en algunos casos también- quiere decir ante todo ser aceptado por nuestro entorno, ser apreciado, ser valorado, ser aceptado, en suma. Cuando un niño de diez años empieza a restringir su ingesta alimentaria no suele ser por ajustarse a unos modelos estéticos dominantes sino porque percibe, muy claramente, la desaprobación que su imagen corporal despier-ta 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- si no que quiere parecerse a sus amigas, quiera anular las diferencias que dificultan que forme parte plena e igual de su grupo. Pero no solo. 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". Porque los padres pueden – y suelen- tener una autoestima frágil o temer el "fracaso". Y los "fracasos" de los hijos son vividos como propios por muchos padres, del mismo modo que sus éxitos son vividos como éxitos propios. 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.

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.

En nuestra investigación una de las informantes afirma que el origen de su "problema" reside en que tenía los valores cambiados, las prioridades equivocadas. Esta observación surge a raíz de las sesiones con la psicóloga que trata "su caso", explicándolo por una necesidad constante de llenar vacíos y que la estrategia que ha adoptado para llenarlos –perder peso- es equivocada. Así, nuestra informante asume la explicación que se le proporciona: su

problema resulta de poner todo su empeño en conseguir un objetivo que no merece la pena, un objetivo "equivocado". Podemos perfectamente convenir con ella que el objetivo no vale realmente la pena. Pero lo que no podemos negar es que nuestro entorno social sí cree que vale la pena. ¿Tiene ella los objetivos equivocados, o, al contrario los tiene perfectamente ajustados a los mensajes que recibe sobre estas cuestiones de su entorno?

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- 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 severa autoinducida.

También hay que tener en cuenta las "otras razones" de la restricción". No siempre, como ya se ha indicado, la restricción alimentaria se debe al deseo de reducir peso. Una de nuestras informantes afirma haber entrado en la espiral de restricción alimentaria en el orfanato. A los diez años pesaba nueve kilos y lo relaciona con una forma de triunfar frente a la autoridad y los castigos del orfanato donde se crió. Afirma que en el orfanato la castigaban sin comer, por lo que se acostumbró a restricciones frecuentes, de manera que, según sus





palabras "se acostumbró a no comer. Observa también que la comida en esta institución era muy mala, lo que contribuía a disminuir su apetito. Se mantiene durante muchos años en un peso anormalmente bajo, por lo que se puede suponer que conserva la tendencia a la restricción alimentaria. Cuando se casa pesa cuarenta kilos. Recuerda y destaca un comentario hiriente que le hicieron el día de su boda, sobre su extremada delgadez "se ha casado con un saco de huesos, esto no sirve para nada, no tiene ni color, menudo saldo de mujer ha podido pillar". Cuando tuvo su primera y segunda hija se quedó con 34 kg. Luego con el tercer hijo llegó a los 50 kg. A los tres meses del tercer parto volvía a pesar 35 kg. En un momento dado llega a pesar 96 kg. es decir se produce un incremento de peso desmesurado. Esto la induce a entrar en una espiral de pérdida de peso que la lleva, a los 40 años a pesar 32 kg. Otra parece iniciar la restricción alimentaria severa como un medio de resolver una situación familiar y económica que la desbordaba ampliamente. Una relación muy conflictiva con su marido –bebedor y jugador- la conducen, en una situación en la que se siente sin recursos, a recurrir a estrategias propias del pensamiento "mágico" –se dice a si misma que si come menos, el comportamiento de su marido mejorará- y de autocastigo –"como he comido, mi marido se ha portado peor, como lo he hecho mal, comeré menos"-, de forma que esta informante utiliza el "autocastigo", la penitencia, como medio para conseguir una "recompensa", y el "pensamiento mágico" para resolver sus problemas. También puede ser un factor predisponente, en algunos casos, haber

tenido desde la infancia una relación conflictiva con la comida, o simplemente tener en general poco apetito, porque resulta mucho más fácil, en estas condiciones, imponerse una restricción alimentaria estricta. El hecho de dejar de comer o de comer muy poco puede venir de lejos y se puede explicar de diferentes maneras, por ejemplo, una informante comenta que utilizaba el poder de dejar de comer para enfrentarse a su padre, que califica de "muy autoritario". En este caso la abstención de comida es una forma de rebelión.

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 preocupación 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.

6. De algunas características 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 llegan. ¿Debemos por ello interpretar que perfeccionismo y voluntad son problemas, o peor aún, patologías? No se juzga patológico en nuestra sociedad esforzarse por tener las mejores notas, o por 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 es así como se juzga. Cuando algunas de nuestras informantes se obsesionan por obtener los mejores resultados académicos, su comportamiento no se pone en entredicho. Cuando intentan por todos los medios alcanzar el aspecto físico que consideran deseable, esperan obtener éxito, aceptación de los demás, y fortalecimiento de la autoestima. Exactamente lo mismo que esperan obtener con un expediente académico brillante. Lo mismo que, de distintas maneras, y por distintas vías, esperamos obtener todos. ¿Cuál es el problema en el caso de obtener "éxito" a través del adelgazamiento, que 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 sobre los efectos que estos tienen sobre los comportamientos y los procesos cognitivos. Lo que si parece evidente es que cuando se ha roto el equilibrio, la regulación normal, de la

ingesta y del peso, este resulta muy difícil de recuperar. A partir de un proceso de restricción alimentaria, un mecanismo que funcionaba más o menos por sí solo, sin exigir una vigilancia consciente constante, queda fuera de control y exige ser regulado conscientemente. Un buen número de nuestras informantes afirman que, aunque se consideran "curadas" 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.

Por otro lado, algunas características del comportamiento de los individuos que padecen este trastorno pueden interpretarse como "dicitivos". Parecen atrapados en un proceso que no pueden controlar, que les domina y del cual no saben como librarse, como "desengancharse". Hasta el extremo de preferir morir antes que dejar un comportamiento que les está perjudicando gravemente. Se puede aducir que las adicciones son el resultado de la ingestión de una determinada sustancia que es la que provoca y explica esta adicción. Es cierto que el papel de esta sustancia es central, pero no es el único aspecto a tener en cuenta. Hay toda una serie de procesos psicológicos que van aparejados y que no se explican exclusivamente por los efectos fisiológicos de la "droga". Existe una dependencia psicológica o cognitiva que hace irrenunciable la satisfacción INMEDIATA del acto que obsesiona y perturba, sean cuales sean las consecuencias de esta satisfacción. Por otro lado, existen otras "adicciones" —en el sentido que presentan unas mismas características comportamentales— que no





dependen de la ingestión de ninguna sustancia, como la ludopatía. Y no parece inverosímil –a la luz de las afirmaciones de nuestros entrevistados- que el proceso de adelgazamiento genere una cierta “adicción” psicológica.

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- no conduce inexorablemente a este comportamiento, deben conjugarse diferentes factores para que esto ocurra. Y una autoestima poderosa no exime de todo riesgo, y eso se ha observado en nuestra investigación.

7. De algunos factores sociales y culturales

Desde la perspectiva de los factores sociales y culturales que pueden actuar como desencadenantes, debe destacarse el papel que juega el aspecto físico en la construcción de la propia imagen. En nuestras sociedades se otorga un papel central a la apariencia física, que es considerada el compendio y la evidencia de nuestras características no sólo físicas, 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- si no 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- si no que el aspecto físico “deseable” no corresponde al aspecto que corresponde “naturalmente” a un buen número de personas. Y aún esto no sería por si solo el problema. Tampoco todos podemos medir 1,80 y no pasa nada. Porque no podemos cambiar nuestra estatura. No depende de nosotros. No somos responsables de ello. No podemos sentirnos culpables. Como mucho, podemos acusar a nuestros genes o a nuestros padres. Sí podemos, en cambio, - o creemos poder- modificar nuestro peso. Sí somos -o creemos ser- responsables de ello. Sí somos culpables- 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 concentración de casos en la adolescencia –entendida en un sentido muy amplio, porque incluye desde niñas prepúberes hasta





jóvenes de veinte años. También se dan casos en hombres y en mujeres mayores, pero son menos significativos en número. Pero es que 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 está cambiando actualmente, y puede ser que veamos aparecer mas casos en hombres. No parece que sea ineludible partir de la premisa 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.

Ya se ha destacado como elemento clave el papel que juega en nuestra sociedad la imagen corporal. 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, fróntaleciendo 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. Pero los productos para hacer crecer el pelo o los peluquines no acarrear tantas consecuencias como dejar de comer. Esto para indicar que la preocupación por el





aspecto físico no es exclusivo de mujeres, adolescentes, o individuos con poco criterio para saber qué es "importante".

Cuando la visión del otro nos está indicando que estamos "gordos" o rellenitos, nuestra autoestima se ve gravemente lesionada. No así cuando nos dicen que tenemos los ojos castaños, por ejemplo. ¿Por qué? Las dos observaciones pueden ser objetivas y describir con la misma precisión nuestro aspecto. Pero una está cargada de una fuerte connotación negativa y la otra no. En nuestras informantes es muy frecuente encontrar la huella de la herida dejada por este tipo de observaciones. En cualquier caso, en la mayor parte de nuestros informantes aparece una intención explícita, al principio del proceso, de adelgazar:

La alta valoración de la delgadez que reflejan las entrevistas se debe a la relación que se establece, en nuestra sociedad, con el atractivo y la delgadez. La belleza pasa por un cuerpo esbelto. Pero más importante aún, si resulta muy difícil –o muy caro, de momento, ser más alta o tener unas facciones diferentes, actuar sobre el peso es posible y al alcance –aparentemente- de cualquiera. Aunque esto se convierta en una "lucha", el objetivo merece todos los esfuerzos. Además, es una lucha constante, que no tiene fin, en la que no se puede bajar la guardia en ningún momento. Comer equivale a engordar, para adelgazar hay que dejar de comer. Esto es percibido así, de manera exagerada sin duda, por las personas que padecen este trastorno, pero no es una mera percepción distorsionada, sino que responde a una realidad objetiva en su caso,

puesto que cuando se roto el equilibrio, el mecanismo de regulación del peso pierde eficacia.

Ya se ha destacado que la preocupación por el aspecto físico puede ser muy intensa. Suele serlo, en cualquier caso, en la mayor parte de mujeres, y con particular intensidad durante la adolescencia y la juventud. Es posible –probable- que el trastorno acentúe esta preocupación. El propio cuerpo, su aspecto, se han convertido en algo moldeable a voluntad, que se transforma en función de los actos y de las decisiones que se toman. No es "el cuerpo que tengo", si no "el cuerpo que construyo". Este poder que se adquiere sobre el cuerpo, se añade a la preocupación por éste y al papel central que se le otorga en la construcción de la propia imagen, ante uno mismo y ante los demás. Uno mismo pueden controlar, si quiere, su aspecto. Perder este control, no conseguir el aspecto deseado, es fracasar, no ser capaz de ejercer el control en un ámbito de la vida percibido como muy importante.

Algunas conclusiones

En la experiencia histórica de la humanidad existen abundantes ejemplos de ayuno voluntario y de restricción alimentaria severa. Diferentes sistemas, filosóficos y médicos 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. Los místicos cristianos de





los primeros tiempos y en particular los del siglo IV en Egipto (Guillemot, Laxenaire: 1997, 38) se someten a unas condiciones de vida tremendamente estrictas, en las que destacan unos regímenes alimentarios extremadamente restrictivos. Se suele evocar a las llamadas “anoréxicas santas” cuando se habla de posibles “antecedentes” de la anorexia.⁶ Así pues, la autonegación de la alimentación parece ser un mecanismo ampliamente utilizado por los seres humanos.

Las explicaciones y legitimaciones de esta negación son variadas y de muy distinto orden. Pueden ir desde un deseo de purificación/de-sintoxicación 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. 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 humano⁷. 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, las formas de incidir sobre él variadas. Se puede actuar sobre el cuerpo –mediante la alimentación o su negación- como manifestación de control, como

instrumento para agredir o violentar a los otros (huegas de hambre, negativa del niño de aceptar la comida...) 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 placer.⁸ 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 y sus actitudes, la sociedad y sus presiones, la cultura y sus representaciones generan las condiciones que desencadenan el proceso. Y “lo biológico” le da forma y contenido. Y no hay un antes ni un después, si no un todo junto y al mismo tiempo.





Bibliografía

- APFELDORFER, G., 1994, *Traité de l'alimentation et du corps*, Paris: Flammarion.
- GORDON, R. A., 1994, *Anorexia nerviosa y bulimia*, Barcelona: Ariel.
- GRACIA, Mabel, 2002: "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa", en Gracia (ed.), *Somos lo que comemos*, Barcelona: Ariel, pp. 349-375.
- GUILLEMOT, A.; LAXENAIRE, A., 1997, *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, Paris: Masson.
- WILLIAMSON, D. A., 1990, *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*, New York: Pergamon Express.

NOTAS

¹ El mero hecho de ser "autoinducida" obliga a considerar las actitudes, motivaciones y representaciones.

² 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 sí la construcción cultural del género, que somete a las mujeres a una mayor presión por lo que respecta a la imagen corporal.

³ La imagen corporal es, en nuestras sociedades, un elemento central en la construcción de nuestra identidad.

⁴ Estas diferencias dependen de diferentes factores: género i 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.

⁵ Proyecto I+D La incidencia de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios de las mujeres: el caso de la anorexia nerviosa. ENTITAT FINANÇADORA: Instituto de la Mujer. COORDINADOR: Maria Isabel Garcia Arnaiz. Año 2001.

⁶ Durante la Edad Media y parte del Renacimiento un cierto número de religiosas adoptaron unas prácticas asc ticas muy rígidas, entre las cuales destacaban la restricción alimentaria severa y el ayuno, que las llevaban, en algunos casos, hasta la muerte..

⁷ Deseo ampliamente demostrado, entre otras cosas, por su extraordinario despliegue de capacidades tecnológicas que sirven precisamente para eso.

⁸ Algunas de nuestras informantes se referían al placer que les producía la sensación de "estómago vacío", y es sabido que en un primer momento el ayuno produce sensación de ligereza, de claridad mental, es decir, produce una sensación placentera.



Cultura & Política Barcelona, Septiembre de 2002

Actas del IX Congreso de Antropología de la
Federación de Asociaciones de Antropología
del Estado Español

Simposio 6: Cultura, poder y salud

ISBN: 84-607-7889-4 ... Depósito Legal: B-25963-2003