

Anorexia nerviosa y perfiles de riesgo

Anorexia nervosa and risk profiles

María Jesús Sánchez Hernández

Universidad Complutense Madrid. Departamento de Antropología Social. Beca predoctoral Fundación Ramón Areces.
chusa@hotmail.com

RESUMEN

La investigación epidemiológica en trastornos de la conducta alimentaria ha puesto énfasis en las últimas décadas en la prevención, puesto que se ha destacado la importancia de los factores genéticos en el desarrollo del trastorno, el objetivo último es explicitar perfiles de riesgo que hagan posible la detección precoz. Desde este punto de vista resulta de gran interés para la antropología social analizar el diseño de dichos perfiles así como el mismo concepto de riesgo que lleva asociado, con el objeto de poder revisar la epistemología de dicho conocimiento y las implicaciones que de él derivan. En una primera parte se pretende *etnografiar* el concepto de riesgo en la línea de las ciencias sociales en el caso concreto de la anorexia nerviosa (AN). La segunda estará dedicada a bosquejar una epidemiología sociocultural de la AN en relación al posible surgimiento de nuevas situaciones de riesgo.

ABSTRACT

Today, epidemiological research on eating disorders has focused on prevention, since the importance of the genetic factors has been outlined in the development of the disorder. The aim here is to assert risk profiles that enable early detection. From this standpoint, it is of great interest for social anthropology to analyse the design of such profiles as well as the concept of risk associated, in order to be able to review the epistemology of this knowledge and its implications. First of all, as a starting-point the concept of risk will be ethnographed following a social-science approach to anorexia nervosa. Finally, the last section it will be dedicated to sketching a sociocultural epidemiology of AN in relation to the possible emergence of new situations of risk.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS

anorexia nerviosa | desorden alimentario | perfiles de riesgo alimentario | prevención | antropología de la alimentación | anorexia nervosa | eating disorders | eating risk profiles | prevention | anthropology of diet

Introducción. El concepto de riesgo

Lo que se presenta a continuación pretende etnografiar el concepto de riesgo en la línea de las ciencias sociales y en concreto para el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (en especial de la anorexia nerviosa, en adelante AN). Por un lado, mi intención es analizar y presentar los diferentes enfoques sobre el riesgo elaborados a partir de la epidemiología sobre dicho trastorno, contenida en los tratados de la psiquiatría pertenecientes al ámbito de la medicina occidental y la biomedicina (1) y, en particular, en el DSM-IV y la CIE-10; allá donde se recogen las prescripciones acerca de los factores de riesgo y los grupos afectados. En este sentido, será útil aunar el enfoque histórico en el análisis del discurso médico occidental (las diferentes variables que a lo largo de la historia han ido definiendo el trastorno), así como los diferentes planteamientos surgidos a partir de la temática del riesgo en las ciencias sociales. Todo ello con el objetivo de contemplar la relación que pudieran mantener en sus perspectivas y presupuestos. El validar o falsear tal hipótesis acerca de su relación, permitirá poner en cuestión el discurso hegemónico dominante en términos de la medicina occidental: cómo éste no es independiente de otros discursos, así como tampoco del sistema cultural en el que se elabora: por estar los *regímenes de saber* atravesados por estrategias de poder y dominación (Foucault 1995).

Aunque el concepto de riesgo no es nada nuevo en las elaboraciones de sentido occidentales, -la consolidación del término se sitúa en el siglo XVIII (Ramos 1999:255)- sólo llegados a la modernidad se

presenta como la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento, combinada con la amplitud de ganancias o pérdidas asociadas a este acontecimiento; antes, el concepto hubiera sido entendido como peligro (2).

Una corriente clásica ya en Antropología como la liderada por Douglas nos remite al concepto actual de riesgo -aunque no aporta una definición, se remite más bien a los usos que se hace de él-, se trataría de una amenaza contra una de las instituciones que goza de gran prestigio en sociedades occidentales: la libertad del individuo. Tal y como ella lo entiende, su significado en la actualidad en dichas sociedades es sinónimo de peligro, no conlleva connotaciones positivas de ningún tipo. En su opinión, la vigencia en la actualidad del léxico del riesgo deriva de un cambio cultural surgido a partir de cierto individualismo cultural, y de ello la pérdida de protecciones originada por la globalización (Douglas 1992: 15-22). Mi interés, por tanto a la hora de revisar la literatura clínica a propósito del trastorno, responderá a este tipo de planteamientos: Cómo el discurso de la medicina occidental ha ido cambiando a lo largo de los tiempos a la hora de definir la población en riesgo de padecer el trastorno y no independientemente de otros discursos pertenecientes a la misma época. Cómo la medicina occidental se presenta como una ciencia objetiva carente de ideología, que opera en función de unos instrumentos de medición y diagnóstico; en tanto que ciencia todo es objetivo (3), donde los riesgos y los factores de riesgo son medidos bajo el criterio científico.

En términos sociológicos, para Ramos el riesgo nos dice de una sociedad a qué se teme, a qué hay que achacar sus males y la forma de asegurarnos frente a ellos (en Ramos 1999: 250). Para este autor, el riesgo fija qué daños tomar en consideración al actuar y cómo hacerlo; por otro lado, especifica el origen de esos daños, por último proporciona guías tecno-prudenciales para abordarlos prácticamente (qué se puede o se debe hacer). Desde la modernidad, la nuestra habría sido una sociedad del riesgo (4) (Ramos 1999: 255): la sociedad moderna habría sido ya una sociedad administradora de riesgo. Lo distintivo de nuestra época es cómo a través de la tecnociencia lo contingente se pone en cuestión, pues se crea una sociedad agónica de incertidumbre en la que los accidentes menos probables se convierten en cotidianos.

El riesgo será siempre "una llamada a la acción, con confianza en la capacidad humana de actuar con eficacia en el mundo" (Ramos 1999: 259). Éste es el caso al enunciar sobre el trastorno de la AN las conductas o comportamientos de riesgo y los grupos de riesgo (5): se trata de que de la misma manera que determinadas decisiones colocan a los sujetos del lado de los riesgos cercanos al daño, otras los alejan (como señalaba Douglas 1992, el riesgo sería un sistema de protección de nuestro futuro social): en el caso de la AN se trataría pues de alejarse de las prácticas de riesgo (restricción, ejercicio compulsivo, etc.). También se remite a los estilos de vida de la población-objeto, de tal manera que la perspectiva biomédica al apropiarse del concepto (*estilo de vida*) tiende a trabajar implícita o explícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y "responsables" (6). En especial, la relación entre el concepto de riesgo en biomedicina y el de estilo de vida es colocar el riesgo casi exclusivamente en la responsabilidad del sujeto (7). En ambos casos hay algo que el propio actor social puede hacer con relación a su situación: sin embargo, cómo veremos en otro lado de la exposición, la AN plantea un caso paradigmático en términos de *paradoja del control* (Lawrence 1979: 96). *Un acto inicial de gobernar el cuerpo para alcanzar la identidad y la autonomía es reemplazado por la anarquía del cuerpo que niega la voluntad del sujeto/víctima, cuya respuesta es un programa intensificado de dieta y ejercicio.*

En los términos de Beck (1998) hasta ahora se podía probabilizar el azar (normalizar el mal para dotarnos de seguridad ontológica, crear un mundo confiable), una sociedad moderna como administradora de riesgos, en la que se probabilizan todos los campos de la experiencia para administrar bienes y males (8). Para Luhmann (1992: 269) cuanto más se inquieta la sociedad en razón de los riesgos, más presiones ejerce sobre la ciencia, más la aboca a hacerse plural (cada posición tiene su respaldo científico) (9) *más la empuja a reconocer la incertidumbre del mundo que observa, más problematiza su autoridad* (Ramos 1999: 265). Esto se aprecia en el campo de la biomedicina en los trabajos epidemiológicos al elaborar diferentes modelos de etiopatogenia que buscan dar cuenta de los

distintos aspectos relacionados con la aparición del trastorno y que están vinculados al momento histórico en el que surgen.

El riesgo en nuestros días se habría convertido en el común denominador de prácticas relacionadas con la incertidumbre, la inseguridad y el cálculo decisorio en una carrera de persecución entre los nuevos riesgos y a la construcción de sistemas de prevención adaptativos que se afanan en su pos (10) (Godard 1997: 38, en Ramos 1999: 255). Según la definición de Ramos (1999: 256) estaremos ante un riesgo cuando hay exposición consciente a daños, los daños en alguna de sus dimensiones son considerados eventuales y tal situación es producto y objeto de decisiones, tal y como se plantea en la relación entre el estilo de vida y riesgo en biomedicina. En el caso de los grupos y las conductas de riesgo configurados para el trastorno de la AN, el daño al que quedan expuestos es la pérdida de la salud o incluso la muerte; lo que habrá que poner en cuestión es hasta que punto sería un acto volitivo o una decisión consciente que le expone a daños.

Para Douglas (1996), la aparición del nuevo concepto de riesgo surge a partir de un cambio cultural que resulta en parte de cierto tipo de individualismo cultural. La emergencia del riesgo (como protección, uso moral) es para Douglas un fenómeno cultural: Es el contexto tipificado por el individuo emprendedor, que defiende los valores de la libertad y la competencia en el mercado. Su concepto de las relaciones sociales es egocéntrico y oportunista, está dispuesto a correr riesgos para obtener beneficios (11). En este sentido, si los cambios sociales acaecidos en los últimos tiempos pudieran estar influyendo y cómo en la aparición y prevalencia de la patología será el enfoque para la segunda parte de la exposición.

En otro sentido es interesante recoger la propuesta de Bauman (2000) al referirse a las clasificaciones que se hacen en virtud de la asignación de recursos básicos en la asistencia y servicios estatales tienen efectos difícilmente predecibles; en opinión del autor el efecto era responsabilizar y crear un grupo homogéneo, y a partir de este momento que se hace más evidente que la solidaridad primaria que protegía a todo individuo en tiempos pasados desaparece. El individuo más libre que nunca corre por su cuenta y riesgo con sus necesidades. En definitiva mi propuesta pretenderá dar cuenta de cómo se ha venido fijando en última instancia la responsabilidad en concreto para nuestro ejemplo (AN) en el sujeto mismo que la padece.

Finalmente, y en otro sentido Sennett (2001) contempla la postura arriesgada no sólo como una de peligro: sino, como la apuesta del personaje emprendedor en busca del éxito social (o en su defecto de la propia supervivencia) y que sí puede ganar. El planteamiento de Sennett analiza cómo en la cultura moderna del riesgo no moverse es sinónimo de fracaso, y la estabilidad parece casi una muerte en vida. Por tanto, el destino importa menos que el acto de partir. Las nuevas condiciones del mercado obligan a un gran número de personas a asumir riesgos muy pesados aunque los jugadores saben que las posibilidades de recompensa son escasas. Este tipo de asunción del riesgo se estarían produciendo en los mercados del "ganador-se-lo-lleva-todo" (2001: 90-93). Una forma de riesgo extremo, en la que importantes porcentajes de gente joven que apuestan que ellos serán unos de los pocos elegidos. Para Sennett, el *riesgo sería una prueba de carácter*, lo importante es hacer el esfuerzo, aprovechar la oportunidad, aún cuando sepamos que estamos condenados a fracasar (2001: 94). No apostar se interpreta como fracaso. En este sentido coinciden los análisis de este último autor con los de Douglas (1992) y Luhmann (1992): la apreciación de los riesgos no puede basarse en el análisis científico / técnico de los peligros objetivos y de su probabilidad de ocurrencia. Los riesgos son configurados culturalmente. Riesgos socialmente considerados y por ello reales en sus consecuencias: generan demandas políticas y afectan a las instituciones jurídicas, políticas, económicas, desbordando los límites de su capacidad para procesar demandas (Luhmann 1992: 95).

La historia del trastorno

El término *anorexia nerviosa* se utiliza en la actualidad para describir un conjunto de conductas, el más destacado de los cuales consiste una restricción voluntaria (12) de la ingesta; el significado etimológico de

la palabra anorexia es "pérdida de apetito" (MacSween 1995: 10-45). A la hora de relacionar el riesgo con la historia de la enfermedad, se ha de precisar los diferentes pasos abordados en epidemiología a través de los tiempos. Pues lejos de mantener una evolución lineal en el conocimiento del trastorno, las tendencias en el diagnóstico y etiología han sido dispares.

Los primeros vestigios en epidemiología que elaboraron el concepto de riesgo se sitúan entre los siglos XVIII y XIX y a propósito de las enfermedades infectocontagiosas, así como laborales y las denominadas toxicológicas: colocaba partes nucleares de sus propuestas en el reconocimiento de la importancia de los factores sociales, en gran medida fue así hasta finales del siglo XIX (Menéndez 1998: 37). El descubrimiento de causas microbianas a finales del siglo XIX y hasta 1950 colocaron los objetivos de la epidemiología del lado de factores determinantes y soluciones dentro del campo biológico (13). Estas tendencias también se continuarán en la descripción médica del trastorno.

Así, buscar en la literatura biomédica la historia del trastorno supone remontarse a antes de la aparición de la epidemiología, antes también de la consolidación del concepto de riesgo; hacia 1689, cuando Morton (en Gordon 1994: 37), un médico inglés hacía referencia a una enfermedad debilitante de origen nervioso, con síntomas como la falta de apetito y la pérdida de peso, atribuibles a problemas de tristeza y ansiedad.

Esta línea de análisis remite a los estudios sobre la Europa de finales de la Edad Media y el período posmedieval (Bell 1985), cuando numerosos fueron los ejemplos de mujeres que apostaron por la inanición. Muchas de aquellas mujeres del medievo empezaron su ayuno en la adolescencia, para Bell típicamente con el fin de resolver una aguda sensación de desconfianza en sí mismas y como búsqueda solitaria de sensación de perfección espiritual y moral. Para Bynum (1987) la conducta de estas mujeres habría servido de sutil reproche a sus familias, muchas de las cuales formaban parte de la clase mercantil secular y materialista y estaban desesperados por el fanático ascetismo y la religiosidad de sus hijas.

Bajo el prisma de los dos anteriores autores, el grupo potencialmente afectado (grupo de riesgo) comparte una serie de características que lo definen en función de su género (todos los afectados son mujeres), edad (adolescentes), su estatus socioeconómico (familias acomodadas) y el entramado sociocultural (la Europa a finales del medievo y hasta el siglo XVII). La delimitación del perfil caso-paciente por tanto remite a las condiciones de existencia de la afectada. La inanición voluntaria en el caso de aquellas mujeres se contempla como un rasgo sintomático de los conflictos personales propios de la época. El discurso que nos presenta así los antecedentes del trastorno y, delimita de este modo para la época los grupos en riesgo de padecer el trastorno, da por hecho ciertas relaciones *causales* entre asunciones que se construyen desde las condiciones históricas y la situación personal (14): Sin embargo no expone una conexión definitiva que explique por qué no opera para toda la población con la misma virulencia: El que no todo sujeto que se pudiera incluir en ese grupo -mujer, blanca, adolescente, de familia pudiente, entre el siglo XV y XVII- hubiera desarrollado el trastorno, sino que fueran una excepción como recoge la bibliografía médica, remite a pensar que el factor determinante sigue fuera de la ecuación; las condiciones no pueden ser más que necesarias, no suficientes. Aún teniendo en cuenta la posibilidad de que el número reducido de casos pudiese ser explicado porque muchos de los casos no fuesen diagnosticados, bien porque pasasen desapercibidos o bien porque se indicasen otros trastornos. En este sentido el perfil de riesgo no responde a los fines propios de la epidemiología, diseñar una etiología con fines preventivos, que enunciase los elementos que pronostiquen la emergencia del trastorno con un alto grado de fiabilidad (tal y como se presentaría en los estudios epidemiológicos de la biomedicina en la actualidad a partir de la reconversión reflexiva en términos de previsión).

En la historia del trastorno (15), el siguiente perfil aparece en 1874 (en Turner 1984: 223); las descripciones clínicas se relacionan con estados de tristeza y ansiedad y aparecen algunos casos de varones. Lo más destacado es que se la relaciona con *síndrome histérico*, lo que para el análisis de Foucault sería un rasgo claro de la especificidad histórica de la enfermedad, en cuanto a la *histerización de los cuerpos de las mujeres* y la conjunción de las estructuras sociales que produjeron una crisis en la

vida familiar de clase media urbana.

Tiempo después, en las primeras décadas del siglo XX, sería considerada como enfermedad endocrina (*enfermedad de Simmond*) y durante años las anoréxicas fueron tratadas con extractos tiroideos (Gordon 1994: 39). Hasta que en los años treinta empezaron a destacar las explicaciones psicológicas, con particular éxito aquellas que abogaban por los orígenes sexuales del trastorno. Las anoréxicas eran vistas como defendiéndose principalmente contra las fantasías de fecundación oral, o contra impulsos promiscuos.

Cuando se abandonó el modelo psicoanalítico, la atención se dirigió hacia el estudio de las particularidades y peculiaridades en la evolución de las pacientes anoréxicas. Hasta que en 1973 apareciera el libro de H. Bruch, donde se hacía referencia a cuestiones asociadas al desarrollo psicológico (psicosexual) y a la imagen corporal.

Para los 70 el mapa nosológico de los signos clínicos para el diagnóstico científico de la AN había sido firmemente establecido por los siguientes criterios:

1. Edad de aparición, antes de los 25.
2. Con al menos el 25% de pérdida del peso original.
3. La existencia de una actitud distorsionada hacia la comida y comer.
4. Sin causa médica conocida anterior que pudiera explicar la presencia de la anorexia.
5. Ningún otro trastorno afectivo primario psíquico.
6. Al menos dos de los siguientes síntomas: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad, bulimia o vómitos (Turner 1992).

El cuadro clínico de Bruch añadía:

1. Imagen corporal distorsionada, que consistiría en una casi ilusoria percepción del cuerpo como gordo.
2. Incapacidad para identificar el sentimiento y los estados de necesidad internos, en particular el hambre, pero más generalmente el completo de emociones.
3. Generalizada sensación de ineficacia, una sensación de que las acciones, pensamientos y sentimientos no son originados dentro del yo, sino que más bien son reflexiones pasivas de expectativas y demandas externas.

Desde entonces la patología ha venido siendo presentada desde los ámbitos clínicos como conflicto en torno a la *dependencia* y la *autonomía* en la relación madre e hija. En este contexto rehusar a comer se considera un acto manifiesto de rebelión que resquebraja los vínculos sociales creados por la alimentación. Para Bruch (1978), se localiza en familias de clase media, como una lucha en la que las hijas *sobreprotegidas* (16) buscando un mayor control sobre sus cuerpos, y sobre sus vidas como estrategia de autonomía. La atención se centró entonces en los antecedentes familiares para dar lugar a la *etiología* de la AN (Turner 1984: 234). Formulando dos rasgos distintivos:

1) Una madre ultrapoderosa y dominante implicada en una relación excesivamente controladora de la hija, en donde existe una contradictoria insistencia en la obediencia, la limpieza y la competencia. O como recogen Beck *et al.* para un período posterior la nueva unión política se llama madre-hijo/hija (2001: 106).

2) Una inadecuada preparación para la adolescencia debido a que existen pocas oportunidades para la individualización de la niña, sobre todo en cuanto a la identidad sexual y de género (Bruch 1978).

Este modelo se apoya en un vínculo conflictivo entre madre e hija que surge de la relación contradictoria entre la insistencia por el éxito y la competencia, y que exige cierta independencia (17) por parte de la hija en el mundo exterior y, por otro lado, un gran énfasis en la obediencia y la sumisión, que subordina la individualidad de la hija a la de la madre. Bruch explicaba a través de la negativa a la ingesta, la renuncia

a crecer y ganar autonomía (con lo que se evitaría el enfrentarse a su proceso de madurez); lo que acabaría convirtiéndose en supresión de su sexualidad al adoptar un cuerpo y una actitud permanentemente pueriles ante la madre (18). Al mismo tiempo, la inanición autoinducida le estaría otorgando una enorme sensación de autocontrol, por la vía del *dominio* de procesos biológicos. La AN es entendida como conflicto entre: sumisión /independencia, madurez /infancia, sexualidad /neutralidad - así lo describe Macleod en su autobiografía (1981, en Turner 1984: 235)-, en el que presenta el trastorno seguido de un sentimiento de júbilo e independencia, a medida que la anoréxica experimenta el placer personal del *control* a través de la *disciplina* personal. "Aún cuando la anoréxica no puede dominar con propiedad este mundo exterior de contradicciones, ella puede, cuanto menos, controlarse a sí misma por medio del régimen ascético de la anorexia, este sería su camino hacia la *individualidad*" (Turner 1984: 235).

Dicha definición del perfil de riesgo parece encajar a la perfección con el momento histórico vivido por las mujeres en los países industrializados en los años 60-70: cuando se experimentó una importante apertura de nuevos espacios para mujeres jóvenes con respecto a la generación de sus madres (19) en términos de educación, sexualidad o en la situación profesional. Lo que para Turner (1984) contextualiza la emergente incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en esas décadas; la AN tendrá que ser contemplada como un esfuerzo *en pro de la libertad individual y de la individuación* con respecto a la familia sobreprotectora de clase media y una búsqueda a través de los rigores del ascetismo secular de la perfectibilidad personal.

Este concepto de riesgo empleado para referirse a determinadas mujeres (clase media) alberga ciertas connotaciones importantes en cuanto a la responsabilidad del sujeto, por cuanto se plantea que se podría evitar, pues todo dependía de las elecciones de esas adolescentes y de las expectativas de sus familias (demasiado deseosas de convertirlas en exitosas en su carrera profesional, Malson 1998). Lo que pone de manifiesto la individualización del riesgo; cómo el individuo ha de asumir tanto las ganancias como de los peligros asociados a la actividad arriesgada (el triunfo en su vida laboral).

Llegados a los 90 y a principios del siglo XXI, el perfil de la población en riesgo se transforma señalando un grupo más amplio; en el que se incluyen varones y miembros de otras clases socioeconómicas, así como población inmigrante, y se mantiene la edad de inicio, adolescencia. En este sentido, se aprecia en el cambio del perfil una nueva apuesta de la práctica epidemiológica, el riesgo es contemplado de otro modo; se constata cómo la mayor parte de la población realiza dietas para adelgazar (prescritas por clínicos) y cómo se trata de una indicación asociada a las prácticas saludables. La diferencia ahora está en el grado de restricción, es decir, en la desviación frente a la normalidad; la definición del perfil varía en su propia epistemología. Se rechaza por considerarse poco saludable la obesidad y se aceptan las prácticas destinadas a perder peso, no sólo como prácticas deseables a favor de la salud, sino como aceptables en busca del éxito social (Gandarillas *et al.* 2000).

En este marco, la epidemiología define el riesgo como forma de dominar los peligros a través de cálculos racionales e intervenciones técnicas científicamente justificadas (Douglas 1992). En el caso de la AN se elaboran todo tipo de cuestionarios psicométricos que cuantifiquen el grado e intensidad del cuadro clínico (obsesión por la delgadez, por subir de peso, ansiedad ante la comida, etc.). Todo lo cual se corresponde a nivel discursivo (20) con la epidemiología en su versión contemporánea, al colocar el objetivo nuclear en la medición estadística del fenómeno, al excluir de su esfera de investigación todo lo que no fuera medible, al optar por un empirismo que hizo secundaria la dimensión teórica, o al reducir los procesos holísticos que se dan en la realidad del proceso salud/enfermedad/atención variables o factores manejados en términos cuantitativos (21). Lejos de considerar variables que tuvieran que ver con factores sociales o culturales se centra en el cálculo de probabilidades; así como tampoco se consideran los efectos de su discurso (sobre todo en relación a las consecuencias no deseadas, efectos perversos de la acción): porque de lo que se trata es de obtener un conocimiento suficiente de los parámetros de un sistema y de la distribución de probabilidades de sus comportamientos posibles; es decir, definir el riesgo (Ramos 2002: 35).

Por otro lado, al analizar la epistemología de la ciencia del riesgo y la distinción entre el discurso de legos y expertos, lo referido a la AN nos proporciona un caso paradigmático; ya que en los modelos clásicos de la percepción del riesgo (derivados de la psicología cognitiva), la tendencia dominante era afirmar que el actor social asumía el riesgo por desconocimiento o falta de información de las consecuencias... pero, cuando buena parte del bagaje aprendido por las pacientes procede de tratados médicos usados por los clínicos que las tratan, o algunas de ellas son estudiantes de medicina o vinculadas a las profesiones sanitarias, ¿cómo se explica que se asuma el riesgo? No creo que haya respuestas definitivas, sin embargo me gustaría plantear una propuesta en el siguiente apartado.

En resumen, la epidemiología ha ido modificando a lo largo del tiempo sus perfiles al describir las características de la población afectada, sin explicar por qué cada vez más capas de la población se ven afectadas por el trastorno; se mantiene el término "grupos de riesgo" frente al de prácticas de riesgo, al insistir en los rasgos psicológicos (factores predisponentes) que se presupone conducen a desarrollar la patología, para justificar el que no toda la población adolescente padece AN. Por todo lo anterior resulta necesario plantear desde la antropología un análisis que dilucide la construcción sociocultural del trastorno y de las condiciones de existencia de los afectados.

Hacia una epidemiología sociocultural de la anorexia nerviosa

En esta segunda parte se pretenderá dar cuenta de las condiciones de existencia y las dinámicas del cambio social en la actualidad que pudieran estar configurando y afectando en la aparición del trastorno; el por qué de su elevada prevalencia en los tiempos modernos. Es decir, mi propuesta tratará de bosquejar una epidemiología sociocultural de la AN en relación al surgimiento de nuevas situaciones de riesgo o cómo otras, que se mantienen, influirían en la configuración de las condiciones de vida del actor social en relación al trastorno.

El riesgo percibido tal y como se entiende en las sociedades posindustriales aparece como un elemento más en la configuración de la biografía personal, el proceso de individualización del momento actual se desliga de los modelos y seguridades tradicionales, de los controles ajenos y de las leyes morales generales y, de manera abierta y como tarea, es adjudicada a la acción y a la decisión de cada individuo (22). *La proporción de posibilidades de vida por principios inaccesibles a las decisiones disminuye, y las partes de la biografía abiertas a la decisión y a la autoconstrucción aumentan* (Beck *et al.* 2001: 19). A la individualización se le otorga multiplicidad de significados, por un lado la libertad y la decisión, por el otro la obligación y la realización de las exigencias internalizadas del mercado. Por una parte auto responsabilidad, por otra dependencia de condiciones que se sustraen absolutamente a la intervención individual. Y dichas condiciones son las que causan la singularización y unas dependencias completamente diferentes: la autoobligación a la estandarización de la propia existencia (Beck *et al.* 2001: 22). Lo que se corresponde con el discurso de muchos afectados cuando manifiestan su preocupación porque todo depende de ellos, de lo que hagan y de su fuerza de voluntad y autocontrol (MacSween 1995).

Mientras, el yo contemporáneo se constituye como un *Yo maleable, un collage de fragmentos que no cesa de devenir, siempre abierto a nuevas experiencias; éstas, son precisamente las condiciones psicológicas apropiadas para la experiencia de trabajo a corto plazo, las instituciones flexibles y el riesgo constante* (Sennett 2001: 140). Esta configuración del sujeto posmoderno encuentra su correspondencia en el discurso clínico cuando se explica el desarrollo del trastorno a partir de la rigidez mental de sus pacientes: la AN muchas veces es explicada como miedo al cambio (bien sea a crecer o a asumir nuevos retos).

Y aunque las situaciones de incertidumbre de la actualidad no sean novedad, lo que hoy tiene de particular esa *incertidumbre* es que existe sin la amenaza de un desastre histórico; y en cambio, está integrada en las prácticas cotidianas de un capitalismo vigoroso. La consigna es nada a largo plazo, que

desorienta la acción planificada, disuelve los vínculos de confianza y compromiso y *separa la voluntad del comportamiento*. En este sentido, las virtudes del proceso de modernización en relación a las particularidades del proceso de individualización, que desligara al sujeto social de las obligaciones de tiempos pasados que lo restringían a pautas de comportamiento rígidas: por un lado, han dado lugar a la creación de un margen mucho más amplio de posibilidades de actuación para los sujetos, y por otro, a la convivencia de modelos de práctica social incompatibles entre sí.

En cualquier caso, no podemos olvidar que no se trata de un proceso cargado solamente de consecuencias negativas, como reconoce Castel el *individualismo negativo tendría efectos contrastantes dependiendo de los grupos a los que afecte* (1997: 472) Por un lado, la individualización en el trabajo permitiría a algunos colectivos expresar mejor su identidad a través de su vida laboral. Para otras personas *hay fragmentación, segmentación de las tareas, precariedad, aislamiento y pérdida de protecciones. En los grupos de clase media en su relación con la individualidad se traduce en la atención que cada cual se presta a sí mismo y sus propios afectos, y en la propensión a subordinar a este interés todas las preocupaciones* (1997: 472). Un caso especial a considerar para este autor sería el de muchos jóvenes que (aventuras de alto riesgo) "han de conjurar la indeterminación de su posición, es decir, elegir, decidir, encontrar combinaciones y cuidarse a sí mismos para no zozobrar" (1997: 473).

De este modo, mientras se abren cada vez más posibilidades para la autoconformación de la identidad del sujeto también se abren posibilidades para *la subjetivización y la individualización de los riesgos* y contradicciones originados socioinstitucionalmente. *Quedamos liberados de las formas de vida aparentemente naturales, se pierde la conciencia histórica de sus formas laborales, de vida y de pensar* (Beck 1998: 199). Desaparecen las formas dadas anteriores de dominio del miedo y la inseguridad en el medio sociomoral, la familia, el matrimonio, la función de los hombres y de las mujeres. *Ahora se le exige al individuo que sea él quien domine la inseguridad* (Beck 1998: 200).

Lo novedoso es cómo se han ido comprobando las implicaciones de la *nueva sociedad de riesgo*: puesto que no arriesgar, no apostar, significa no ganar nada (sin expectativas de promoción social, en Beck *et al.* 2001: 182) o incluso quedar fuera de juego ante los incrementos constantes en términos de competitividad. Así adoptar conductas socialmente aceptadas, como las dietas, se convierte en conducta de riesgo traspasado determinado umbral, pero aún así no arriesgarse (no intentar conseguir el ideal estético), supone perder oportunidades tal y como se va configurando el modelo de éxito dominante en nuestros días. El individuo ha de manejar la conducta de riesgo y mantenerse a salvo de desarrollar el trastorno, buscando un punto de referencia que nunca está tan claro.

Dicha caracterización del sujeto posmoderno como gestor de riesgos, contempla la AN como conducta desviada (restricción) frente a otra socialmente aceptada (dieta); esto es, se le anima a que se ponga a dieta (asuma el riesgo) pero no tanto como para poner su vida en peligro (negativa a la ingesta). Así pues se explica que se le haya calificado de "trastorno étnico" (23): al considerarlo como patrón de conducta que, debido a su propia dinámica, ha llegado a expresar las contradicciones cruciales y las ansiedades esenciales de una sociedad (Gordon 1994: 26) (24). Es importante insistir otra vez en que las *conductas de riesgo* adoptadas por muchas mujeres que acabaron desarrollando el trastorno serían *extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes normales* dentro de la cultura, que a menudo incluyen conductas que por lo general son muy valoradas: la fuerza de voluntad para mantener una dieta hipocalórica. El patrón recurriría a conductas valoradas y que llevadas al extremo serán expresión de desviación, que provoca respuestas sumamente ambivalentes por cuanto: "La virtud de imponer una forma a la experiencia sigue siendo una manera fundamental de definir a alguien que posee un carácter fuerte" (Sennett 2001: 107).

Ese carácter fuerte que se aprecia tanto en la capacidad de tomar de decisiones como en el manejar la propia vida resulta ser un elemento destacado en las explicaciones de los afectados al hablar de la representación de sí mismos: sólo funciona el pensamiento dicotómico (triunfar o convertirse en marginal), al igual que en las dinámicas sociales contemporáneas, se trata de un juego del ganador se lo

lleva todo (Bauman 2000). En este sentido vale recordar la propuesta de Beck: "Hoy las circunstancias se interpretan como fracasos personales, en la sociedad individualizada los riesgos no sólo aumentan, sino que surgen nuevas formas cualitativas de riesgos personales: nuevas formas de culpabilización, lo cual representa una sobrecarga (25)... la biografía personal queda abierta a la elección, cada cual ha de elegir como ha de actuar, se trataría de biografías autoproducidas, como biografías autorreflejas, lo que está dado socialmente se transforma en biografía producida por uno mismo y que continuará produciéndola. Se trataría de la transición de una biografía normal a una de elección" (Beck 1998: 171). Es decir, aquel de nosotros que no se corresponda con el ideal estético y de atractivo personal dominante habrá de asumir las consecuencias, puesto que se considerará que es una decisión personal; en su mano estaría adaptarse, transformarse hasta lograr que su aspecto exterior refleje las características del sujeto moderno con éxito social. Y que a su vez, dichas características físicas serán interpretadas como reflejo de cualidades interiores del individuo, como rasgos de personalidad (26).

En especial llama poderosamente la atención cómo se han dejado sin analizar los efectos de la difusión de la información relacionada con el trastorno: han caído en el olvido las recomendaciones de Bruch (1988) al advertir de las posibilidades que se abrían a que surgiera una *socialización de la enfermedad*, esto es, los casos de pacientes que conocían de antemano la enfermedad y sus consecuencias. Muchas de ellas habían oído hablar del trastorno descrito bajo el perfil del caso-paciente en términos de mujer, joven, competitiva, con éxito social, disciplinada, muy exigente consigo misma y con buen rendimiento intelectual en la escuela o en su trabajo; y tal y como ellas mismas explicaron pensaron que podrían adoptar la conducta de riesgo sin por ello desarrollar el trastorno. Tal y como recogía Malson (1998) entre sus expectativas estaba el adelgazar y representar así el ideal competitivo exigido en la *vida moderna* y en el mercado de trabajo (27).

Conclusión

Pese a que no caben las conclusiones definitivas ante todas las reflexiones expuestas, en virtud de la incertidumbre y de los efectos no esperados de tales procesos en marcha, me gustaría para acabar abrir una vez más el espectro de posibilidades y consideraciones a tener en cuenta en el futuro.

Bajo mi punto de vista se habrá de enunciar una epidemiología sociocultural que sea capaz de revisar lo que hay de social y cultural en la configuración personal: entendiendo los modelos culturales como derivaciones del mundo en el que vivimos y al mismo tiempo como base para la organización de actividades, respuestas, percepciones y experiencias. La cultura se constituiría así en una serie de cadenas asociativas e imágenes que sugirieran lo que puede ser unido; prácticas que actúan dando por garantizado quienes somos y cómo han de entenderse los movimientos propios y los de nuestros semejantes (Rosaldo 1993). O tal y como proceden y las teorías y los métodos propios de la Antropología de la salud y la enfermedad en la actualidad, donde se pretende un enfoque interdisciplinar, integral que aúne diferentes perspectivas, por la imposibilidad de que una de ellas lo explique todo. Y por haber asumido que la ciencia occidental deja un rastro de dudas inabordables desde sus propios presupuestos.

Así será necesario partir de una premisa principal y considerar el cuerpo como base del sentido de la acción (García Selgas 1994). De tal manera que el proceso de *embodiment* (incorporación, encarnación, corporeidad) se traduzca en la somatización de la acción social: así como el proceso de *empowerment* (apoderamiento, autorización) sea considerado a la luz de la posición social ocupada por el sujeto. Procesos de *embodiment* y *empowerment*, que implicarían que como sujetos individuales nos hacemos sujetos humanos, no como sujetos en abstracto, sino a través de incorporar determinadas relaciones sociales. Nos constituiríamos en culturales específicos a través del complejo social, cultural, biológico y psicológico. Así sería menester recoger planteamientos como los de Sontag (1989) acerca de la metáfora y la encarnación de conflictos sin resolver que exponen al individuo a nuevos riesgos ante la falta de estrategias para hacerles frente. Ésta es la línea elaborada por Orbach (1978) al considerar la AN como forma de autonomía en la crítica feminista. La AN reflejaría más allá de una aceptación conformista

cierta ambigüedad, como rebelión contra la feminidad, el cuerpo anoréxico como parodia de la delgadez de moda (dominante imperativo). Como metáfora y manifestación de los intereses y dilemas socioculturales contemporáneos. Así como el sida expresaría las tendencias sobre la expansión global de la enfermedad y sobre el sexo anónimo incontrolado (Sontag) la AN expresaría un conflicto cultural entre el consumo de masas y la delgadez normativa (Turner 1984). Entre *un self consumidor indulgente y el self productor controlado, abstemio demandado por el capitalismo* (Bordo 1993, Malson 1996).

Porque si, por un lado para ellas, se mantiene en su mayoría la falta de acceso a los centros de toma de decisión y poder, lo que sí se había incentivado eran las expectativas en relación a su posible influencia en los mismos: es decir, frente a las oportunidades de formación que se han ampliado notablemente, las oportunidades de ocupación reales se mantienen relegadas a un segundo plano con respecto a la capacidad de decisión de tales puestos de trabajo (Beck *et al.* 2001). Este mismo era el planteamiento de Bourdieu (1981) acerca de la educación y su teoría de la reproducción: cómo se mantienen las posibilidades de promoción siempre para los mismos.

Lo que en muchos sentidos abre las posibilidades de conflicto entre los unos y las otras (como desarrollan Beck *et al.* 2001), pero también los conflictos internos para el propio individuo. *La individualización como proceso de liberación de los roles de género internalizados, son despedidos de las certidumbres del progreso de la sociedad industrial hacia la soledad de la autorresponsabilidad, de la autodeterminación y de la autoamenaza de sus vidas y amores para los que no están preparados ni equipados por las condiciones externas, por las instituciones* (2001: 20). Porque los cambios históricos en ámbitos como la sexualidad, el derecho y la educación, que también son *cambios en la conciencia* (Beck 1998: 131-137): han dejado sin remover otros comportamientos y circunstancias que siguen poniendo del lado femenino ciertas obligaciones como rastros atávicos de tiempos pasados. Lo que agudiza la gravedad de la situación, porque sin haber cambiado, crece la conciencia sobre la desigualdad: así la equiparación de la educación y la toma de conciencia de su situación ha hecho que las mujeres tengan expectativas de mayor igualdad y compañerismo en el trabajo y en la familia que chocan con desarrollos contrapuestos en el mercado laboral y en el comportamiento de los hombres. Los cambios en los roles de género han sido más bien en el papel, aún queda su realización en la práctica cotidiana. De tal manera que se han abierto muchas posibilidades para las mujeres creando expectativas que luego no se cumplen desde el mercado laboral. "Las puertas que se han abierto en la enseñanza, se cierran de nuevo en el mercado de trabajo y empleo" (Beck 1998: 37). La toma de conciencia de los conflictos se enciende debido a las nuevas posibilidades de elección (movilidad profesional de los cónyuges, reparto del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos, sexualidad, etc.). Con las decisiones se toma conciencia de las diversas y contrapuestas consecuencias y riesgos para hombres y mujeres, y de los contrastes de las situaciones.

Y sin embargo, tanto para unas como para otros se ha de obedecer a una obligación de planificar y llevar a cabo una *biografía profesional* que presuponga una biografía de formación. Una biografía que satisfaga las exigencias de movilidad requeridas en el mercado de trabajo (Beck *et al.* 2001: 21). La libertad de elegir cobra el sentido de autoobligación y autoadaptación. Las decisiones a tomar sirven para tomar conciencia de las desigualdades que emergen en ellas y de los conflictos y esfuerzos de solución que estallan en ellas. Las exigencias con las que aquí hay que cumplir, deben internalizarse, integrarse en la propia persona, en la planificación y el estilo de vida y entonces chocan con la estructura familiar, la división familiar del trabajo cuyos modelos excluyen justamente esto. La figura ideal de modo de vida conforme con el mercado de trabajo es la persona individual y totalmente móvil que sin tomar en consideración los vínculos y condiciones sociales de su existencia y de su identidad, se convierte a sí misma en una fuerza de trabajo fungible, flexible, con espíritu de competencia y rendimiento, que se estiliza, que vuela y se muda de aquí para allá, cumpliendo los deseos de la demanda y de los demandantes del mercado laboral (Beck *et al.* 2001: 22). Son los individuos los que han de adaptar sus características personales y carácter para hacerse un hueco en la estructura del mercado laboral. De tal manera que han de mostrarse maleables, volubles, adaptables hasta el infinito (Sennett 2001).

"Se imparte a las generaciones nuevas un curso básico de *irracionalidad*, como currículum oculto, que las obliga a dudar de sí mismas, de los mayores o del sistema, o de todo a la vez; éste es un proceso que provoca graves preocupaciones de carácter psicológico y político" (Beck 1998:188). El sujeto social depende en exclusiva del mercado de trabajo, así como de la educación y el consumo y de las regulaciones normativas, de las ofertas de consumo, posibilidades y *modas en el campo médico, psicológico y pedagógico*. Lo que resulta en una estructura de control dependiente de las instituciones sobre las condiciones individuales. *La individualización se convierte en la forma más avanzada de socialización dependiente del mercado, de las leyes, de la educación, etc.* (Beck 1998: 167).

En concreto tales expectativas y exigencias para el caso de las mujeres se convierten en problemáticas por cuanto son incompatibles con el rol de cuidadoras en el contexto privado: se exige de ella, una mujer independiente, que sabe lo que quiere, que arregla los asuntos propios de manera libre y responsable, y así contribuye a aligerar la vida al hombre y, al mismo tiempo, se sigue esperando de ellas, que mantengan la armonía y equilibrio emocional en el seno del ámbito doméstico (Beck *et al.* 2001: 42). Mientras se les socializa en patrones de conducta que buscan la independencia y la autonomía, no quedan espacios para las necesidades afectivas y emocionales a las que tendrán que hacer frente en respuesta a la necesidad de interdependencia (Sennett 2001).

Las consecuencias de dichas elaboraciones en torno a la autonomía personal no se hacen esperar al irse debilitando el vínculo social que surge básicamente de una sensación de dependencia mutua. Cuando todos los dogmas de un nuevo orden tratan *la dependencia como una condición vergonzosa*; como ataque a la rígida jerarquía burocrática para liberar estructuralmente a la gente de la dependencia, y se supone que *arriesgarse es estimular la autoafirmación* más que someterse a lo que viene dado (Sennett 2001: 146). Frente a esto, cuanto más vergonzosa sea la sensación de dependencia y limitación, más se tenderá a sentir la rabia del humillado. *Restituir la fe en los demás es un acto reflexivo; requiere menos miedo a la vulnerabilidad propia* (Sennett 2001: 149). En relación a esto, me limito a subrayar los valores, conductas y pautas manifiestos tantas veces en el discurso de muchos de los afectados, en términos de *competitividad, esfuerzo y capacidad de sacrificio y disciplina* (en Malson 1998, Bordo 1993). Y sin embargo, la desconexión entre expectativas/oportunidades no es tan evidente para los actores, de manera que la discriminación ejercida sobre el conjunto de las mujeres se interpreta como una cuestión de valía personal. Ellas piensan que podrían ser las elegidas para entrar en el grupo privilegiado de los hombres con poder y éxito (en la dinámica del ganador-se-lo-lleva-todo), porque a las demás les faltó el arranque y su fortaleza de carácter, su capacidad de autoexigencia. *Ellas son especiales* (en Bordo 1993) (28).

A la oportunidad y las expectativas hay que sumarle otro elemento, para que del riesgo se obtengan ganancias se precisa además cierto *capital social*, (experiencias compartidas así como logros y talentos individuales). Entre los talentos individuales habrá que incluir cada vez más aspectos derivados con la imagen personal del trabajador y, que ya no sólo en el caso de ellas, son motivo fundamental de contratación: lo que parece estar estrechamente relacionado con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria entre varones. Tanto para ellos como para ellas, la juventud, como señala Sennett (2001: 97), se ha convertido en un prejuicio altamente valorado en la esfera laboral, como síntoma de la capacidad de flexibilidad del trabajador; por el contrario, se asume que los trabajadores mayores son menos flexibles, y *más reacios al riesgo*, así como que carecen de la energía necesaria para hacer frente a las nuevas exigencias del mercado. La experiencia adquirida a lo largo de los años se menosprecia en virtud de lo anterior, favoreciendo que el *amigo del riesgo aprenda a vivir en la ambigüedad y la incertidumbre* (Sennett 2001: 88). Sin embargo, el estar continuamente expuesto a situaciones de riesgo no mejora la posición de uno, el problema es que la experiencia acumulada no sirve de referente, así como tampoco aquella de los miembros de anteriores generaciones.

Para finalizar, resaltar la importancia de las aportaciones que la antropología de la salud puede plantear a los estudios epidemiológicos por cuanto se precisa cierta ruptura epistemológica con los predicados dominantes que han entendido la AN como conducta desviada e irracional, estudiando actitudes

individuales ante las prácticas de riesgo en función de rasgos de personalidad de disonancias cognitivas o carencia de información. Ha de ser el objetivo de la antropología elaborar una perspectiva que permita aunar diferentes racionalidades en los discursos asociados a la AN, así como el análisis de la construcción sociocultural del trastorno.

Notas

1. Por biomedicina o medicina occidental, alopática o *etnomedicina fisiológicamente orientada*, entenderemos el sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cuerpo/mente y su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas, producidas por causas únicas. Mientras que por modelo médico hegemónico designaremos al tipo de práctica médica característica de la biomedicina: a partir de constantes como el individualismo, biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficiencia pragmática
2. Sus orígenes etimológicos: risco, peñasco escarpado que dificulta o hace peligrosa la trayectoria de un caminante y especialmente la navegación.
3. La epistemología de la biomedicina está basada en la "metáfora de la visión", en la que el ojo toma réplica de un mundo objetivo y que el cerebro representa o refleja. La visión "científica y racional" occidental (Kirmayer 1992).
4. Para Beck el paso de la sociedad del riesgo desde la sociedad industrial se fijaría en la segunda mitad del siglo XX de la sociedad industrial.
5. Como en el caso de VIH/SIDA, la cuestión entre plantearlo como grupos de riesgo o como conductas de riesgo presenta confusión, y todavía no ha quedado definido en sus directrices: tal y como señalaba Duclos (1996, en Ramos (1999: 261) acerca de la deriva hiper-extensional que lo ha acabado por convertir en un término confuso
6. No podemos olvidar cómo el concepto de estilo fue desarrollado por las ciencias sociales e históricas alemanas entre 1880 y 1940 (con autores como Mannheim) aplicado a diferentes esferas de la civilización (como el arte, economía, etc.). Para Mannheim (1953 *Ensayos sobre sociología y psicología social*), el estilo se expresaría empleando hábitos inconscientes utilizados por un grupo determinado (Menéndez1998: 51). Además está la cuestión de que dicho concepto no fue construido inicialmente a partir de lo patológico.
7. Para Menéndez (1998: 56) se trataría de sin negar dicha responsabilidad, recuperar el papel causal de las condiciones estructurales tanto en su relación con la responsabilidad del sujeto, como respecto de la producción empresarial de enfermedades.
8. Según este autor (1998: 120), la cuestión cambia al introducirse el principio de precaución, cuando se pasa de la sociedad del riesgo (cálculo y matematización de los análisis estadísticos de los riesgos) a la sociedad de la incertidumbre (lo incierto se hace probable, no se puede domesticar el azar, podemos sospechar pero no demostrar).
9. Los requerimientos que llegan desde fuera del sistema de la ciencia y desbordan su capacidad de producción de certeza, pero concluye reasegurando que tal es el caso típico de todo sistema social funcionalmente diferenciado, carente de una instancia central de control y abocado a un futuro incierto, para el que lo único que podemos asegurar es que mientras más racionalmente se calcule y mientras más complejo sea el cálculo, de mas aspectos nos percataremos y con ellos vendrá mayor incertidumbre en el futuro y en consecuencia mas riesgo (1992: 72-73).

10. Para Ewald (1986, en Ramos 1999: 261) la nuestra sería una época de la infinita sofisticación del riesgo, época en la que todo es y está en riesgo. Para Luhmann (1992) los riesgos serían auto-generados por la sociedad moderna surgidos de sus principios estructurales en términos de diferenciación funcional Luhmann (problematiza especialmente la tecnociencia en la que se basa). Para Luhmann, el riesgo sería una observación de primer orden que no existe por sí mismo, sino sólo a través de la observación, con una semántica que permite que los actores se comuniquen.

11. Para profundizar en las distintas perspectivas del riesgo: Joseph Espulga Trenc, *Las dimensiones psicológicas, sociales y culturales del riesgo y su relación con la prevención de riesgos laborales*
http://www.mtas.es/insht/research/jt_cnct_2002.htm

12. En muchos casos se diferencia entre anorexia nerviosa y anorexia por tratarse la segunda de un síntoma que se corresponde con la pérdida de apetito no-voluntaria, y presente en otros trastornos diferentes, como en el caso del síndrome postraumático

13. En el caso de las ciencias sociales, determinadas corrientes desde finales del siglo XIX como la iniciada por Durkheim, acerca del suicidio. Pero sobre todo estas investigaciones epidemiológicas se desarrollaron en el campo de la psiquiatría, y de desviación social (Menéndez 1998: 37).

14. Es una convención en nuestra construcción de logos, construir la historia como una sucesión de sucesos con nexos, recordaba Bourdieu (1992) esto no puede más que responderse a la convención (frente a lo real, que se presentaría discontinuo) que se sirve de los métodos de reconstrucción en la historia para buscar antecedentes, causas y presentar relaciones inteligibles. Manteniendo la diferencia entre explicaciones teleológicas y causales de Von Wright (1987), la explicación propuesta por el discurso biomédico actual remitiría a una teleológica, bajo los dictados de una presión normativa que regularía conductas y que definiría prácticas e instituciones sociales. Y entre las condiciones necesarias (por qué necesariamente) y suficientes (cómo fue posible), las históricas (y en ciencias sociales) de este tipo, sólo podrían elaborarse a partir de las suficientes, por la contingencia de su acontecer.

15. Vandereycken et al. (1994) han elaborado un recorrido histórico del trastorno más o menos detallado: desde el ayuno de las santas ascetas del medievo, las mujeres ayunadoras sospechosas de brujería, los esqueletos andantes exhibidos como maravillas del siglo XIX, hasta su medicalización a finales del siglo XIX. Se trata de una recopilación de casos clínicos que cumplirían los criterios diagnósticos del DSM-IV.

16. Lo que podríamos relacionar con la propuesta de Beck *et al.* (2001: 106) al plantear la creciente intercambiabilidad y revocabilidad de otras relaciones, frente a la mantenida con el hijo/ hija y que se habría convertido en punto de referencia de nuevas esperanzas: el hijo/ hija como único garante de la duración, como arraigo de la propia vida. Lo que en cierto sentido podría explicar esa sobreprotección, a partir de la atención y las expectativas puestas sobre los descendientes.

17. En esta línea de análisis que hace primar valores como la independencia y la autonomía del individuo es especialmente interesante el estudio de Steiner-Adair (1990). En el que se explora el impacto de la imagen ideal de independencia del individuo difundido por los medios de comunicación y publicidad que no incluiría la interdependencia; valor en el que han sido socializadas las adolescentes mujeres. Lo que podría desembocar en un profundo conflicto de roles

18. En esta misma línea hemos de situar libros como el de Chodorow (1978). Quien desarrollando un enfoque psicoanalítico hacía responsable por encima de cualquier otro factor en el desarrollo de la personalidad, la relación madre-hija (en la que estaría incluida la anoréxica).

19. En ese proceso de individuación habría que incluir así mismo la influencia del proceso de individualización creciente del que se hace eco Beck *et al.* (2001: 99): Ese impulso social hacia la individualización supondría la puesta en libertad del individuo respecto de los lazos sociales de clase y de las situaciones sexuales de hombres y mujeres con respecto a las constricciones de la sociedad industrial.

Un proceso históricamente contradictorio, ya que al hilo de procesos de individualización surgen expectativas ante la posibilidad de tener una vida propia, que encuentran barreras sociales y políticas. Así se explicarían el continuo surgimiento de *movimientos de búsqueda* que serían nuevas formas experimentales de abordar las relaciones sociales, la propia vida y el propio cuerpo en las más diversas variantes de la subcultura alternativa y juvenil. Se trataría de vivir en contra del dominio de roles predeterminados, nuevas formas irreales de lo social (2001: 69)

20. En la línea de Latour (1993) al proponer un diagnóstico de la modernidad así como una exposición de la lógica de una cierta epistemología moderna, de lo que cabe llamar la "máquina moderna de la producción de verdad". La división de lo real (como una práctica cultural: tripartición) a partir de tres esferas distintas: *naturaleza, sociedad y discurso*. Y a las que corresponderían otras tantas modalidades del discurso ciencias positivas, sociología, deconstrucción. Desde su punto de vista lo que se perfilan son dicotomías del estilo naturaleza/sociedad, sociedad/cultura y naturaleza/cultura; irresolubles, porque comparten un mismo presupuesto, la separación absoluta de las esferas y ante la existencia de objetos que ponen en cuestión la producción de una ontología basada en una división de lo real entre objetos y sujetos.

21. En particular la epidemiología psiquiátrica se ha centrado en la estandarización de sus instrumentos para medir problemas de salud mental, concentrándose en el diagnóstico (Menéndez 1998: 59).

22. Sin embargo, tal y como planteaba Sennett carece de dirección será porque el destino final viene a ser el movimiento mismo, "la cultura moderna del riesgo se caracteriza porque no moverse es un signo de fracaso, y la estabilidad parece casi una muerte en vida... el destino importa menos que el acto de partir" (2001: 91). El horizonte temporal de la percepción de la vida se reduce cada vez más hasta encogerse y convertirse en el caso de la *historia del eterno presente, todo gira entorno al propio yo de la propia vida* (Beck 1998: 171).

23. En su análisis incluye una descripción geográfica de los países más afectados por la enfermedad, de lo que concluye que los más afectados eran hasta 1994, los Estados Unidos, Europa occidental y Japón. Apunta el problema más hacia lo cultural que geográfico (1984: 65-68); pues ya la prevalencia entre la población caucásica en Sudáfrica era sustancial, o entre las clases socioeconómicas más altas de Santiago de Chile. Frente a la definición epidemiológica anterior, la del psiquiatra estadounidense lo considerará como fenómeno específico estrechamente relacionado con factores sobresalientes en las sociedades industrializadas occidentales:

1. Un rol cambiante de la mujer, en el que las mujeres se encuentran luchando por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito y las expectativas tradicionales de su rol.

2. Una preocupación por el aspecto y la imagen corporal relacionada con la moda masiva y el consumismo.

Una preocupación culturalmente generalizada por el control del peso y la obesidad, que parece característica sobre todo de las sociedades industrializadas (Gordon 1994: 70).

24. Lo que no significa que se excluya a otros sujetos, sino que cuando grupos no occidentales, de otros estratos socioeconómicos, o etnias son expuestos a la *cultura occidental*, con la importancia que ésta concede al éxito, la individualidad y el consumo; también se convertirán en susceptibles de tal afección (Gordon 1994: 75).

25. Las ganancias autónomas de los trabajadores se combinan con una *privatización de los riesgos de la salud y psíquicos del trabajo* (Beck 1998: 179).

26. Aunque esta línea de argumentación se excede de los límites de mi exposición sería interesante explorar las consideraciones de los trabajos de Goffman (1981), sobre todo acerca de la presentación del self en la vida cotidiana; o tal y como planteaba (1993), como se ha hecho preciso vigilar exhaustivamente la imagen de uno mismo, en virtud de la rapidez y caducidad de los estímulos en la era de la imagen. "La era de la simulación se abre con la liquidación de todos los referentes y con su

resurrección artificial en los sistemas de signos..... es una suplantación de lo real por los signos de lo real" (Baudrillard 1984: 11). Como la nueva producción de discurso a través del lenguaje visual estaría reemplazando la anterior forma de alfabetización basadas en la oralidad y en los medios impresos (en Baudrillard). Lo que introduce un nuevo conjunto de lógicas y formatos que alteran las relaciones de las personas con lo real y las tecnologías de lo real. Manteniendo un compromiso *epistemológico y narrativo* con la lógica simulacional de la lógica de los signos.

27. Cuando la delgadez se interpreta en un sistema cultural que le dota de significados como *la eficacia, el control, la disciplina*, mientras que la obesidad evoca pereza, debilidad y hasta pobreza (Hornbacher 2002: 15).

28. Lo que no significa que nada más que ellas sientan los efectos negativos de tales procesos, en concreto se viene apreciando cierta incidencia del trastorno también entre ellos. "Aunque en el 90% de los supuestos las enfermas de anorexia y bulimia son mujeres, los expertos advierten que «no se trata de enfermedades femeninas». De hecho, *el número de hombres que sufren anorexia ha aumentado* desde el pasado año, según el diario *El Mundo*, martes, 6 de julio de 1999:

<http://www.el-mundo.es/1999/07/06/sociedad/6N0082.html>

Bibliografía citada

Baudrillard, Jean

1984 *Cultura y simulacro*. Barcelona, Kairós

Bauman, Zygmunt

2000 *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona, Gedisa.

Beck, Ulrich

1998 *Sociedad del riesgo*. Barcelona, Paidós.

Beck, Ulrich (y Elisabeth Beck-Gernsheim)

2001 *El normal caos del amor*. Barcelona, Paidós.

Bell, Rudolph

1985 *Holy anorexia*. Chicago, University of Chicago Press.

Bordo, Susan

1993 *Unbearable weights; feminism, western culture and the body*. Berkeley, University of California Press

Bourdieu, Pierre

1981 *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona, Laia.

1986 "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo", en Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela, *Materiales de sociología crítica*. Madrid, La Piqueta.

2001 *La miseria del mundo*. Madrid, Akal

Bruch, Hilde

1988 *Conversations with anorexics*. Nueva York, Basic Books.

Bynum, Caroline Walker

1985 *Holy feast and holy fast*. Berkeley, University of California Press

Castel, Robert

1997 *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Barcelona, Paidós.

Chodorow, Nancy

1978 *The reproduction of mothering, psychoanalysis and the sociology of gender* (Trad.: *El ejercicio de la maternidad; psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, Gedoc, 1984).

CIE-10

1992 *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor.

Douglas, Mary

1992 *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Londres. Routledge.

1996 *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona. Paidós.

DSM-IV

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association

Foucault, Michel

1995 *Historia de la sexualidad*. México, Siglo XXI.

Gandarillas, Ana (y Consuelo Febrel)

2000 *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Documentos Técnicos de Salud Pública, número 67.

García Selgas, Fernando

1994 "El cuerpo como base del sentido de la acción", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68/94:41-83.

Goffman, Irving

1981 *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Barcelona, Amorrortu.

Gordon, Richard

1994 *Anorexia y bulimia*. Barcelona, Ariel

Hornbacher, Marya

2002 *Días perdidos*. Barcelona, RBA.

Kirmayer, Lawrence.

1992 "La insistencia de significado del cuerpo: la metáfora como presentación y representación en la enfermedad", *Medical Anthropology Quarterly*, vol 6, nº 4, diciembre.

Lawrence, Marilyn

1979 "Anorexia nervosa-the control paradox", *Women´s Studies International Quarterly*, 2 (93-101).

Luhmann, Niklas

1992 *Sociología del riesgo*. Guadalajara, México, Universidad Iberoamericana/universidad de Guadalajara.

Malson, Helen

1998 *The thin Woman*. Londres y Nueva York, Routledge.

Menéndez, Eduardo

1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, XVI: 46.

Millett, Kate

1995 *Política sexual*. Madrid, Cátedra.

Orbach, Susan

1978 *Fat is a feminist issue*. Nueva York, Hamlyn Feltham.

Ramos Torre, Ramón

1999 "Prometeo y las flores del mal; el problema del riesgo en la sociología contemporánea", en Ramón Ramos Torre y Fernando García Selgas (eds.), *Globalización, riesgo reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea*. Madrid, CIS: 249-274.

2002 *El retorno de Casandra: modernización ecológica, precaución e incertidumbre* [en prensa].

Rosaldo, Michelle Zimbalist

1993 "Toward an anthropology of self and feeling", en Richard A. Shweder y Robert A. Levine, *Culture theory. Essay on mind, self and emotion*. Cambridge University Press.

Sennett, Richard

2000 *La corrosión del carácter*. Barcelona, Anagrama.

Sontag, Susan

1985 *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Mchnik Editores.

Steiner-Adair, Catherine

1990 "The body politic, normal female adolescent development and the development of eating disorders", en Carol Gilligan, Nona P. Lyons y Trudy J. Hamer, *Making connections, the relational worlds of adolescent girls at Emma School*. Cambridge, Londres, Harvard University Press.

Turner, Bryan Stanley

1984 *El cuerpo y la sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica.

1992 *Regulating bodies, essays in medical anthropology*. Londres, Routledge.

Vandereycken, Walter y Van Deth, Ron

1994 *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres, Athlone Press.

Von Wright, Georg Henrik

1987 *Explicación y comprensión*. Madrid, Alianza.

Wynne, Brian

1996 "May the sheep safely graze? A reflexive view of expert-lay knowledge divide", en Scott Lash, Bronislaw Szerszinski y Brian Wynne (eds.), *Risk, enviroment and modernity*. Londres, Sage (pág. 44-83).

Publicado: 2005-04

