

Antropologia Mèdica

7



Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios

Mabel Gracia Arnaiz (ed.)

 [publicacions]
u r v

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: noviembre de 2012
ISBN: 978-84-695-6294-9
Dipòsit legal: T-1308-2012

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

El blog de la colección:
<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consejo editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Angel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romaní (URV)

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

LOS TCA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL

Albert Moncusí Ferré

Departamento de Sociología y Antropología Social

Universitat de València

Ed. Departamental Oriental, 5ª planta.

Av. Tarongers, s/n

46022 Valencia

Resumen: Este texto aborda la cuestión de los TCA como construcción social en España. Se empieza con un análisis de su aparición en prensa y con la presentación de los datos de su prevalencia. Los datos muestran que esta última es mayor en mujeres jóvenes, adolescentes y niñas. La prensa, por su parte, muestra una atribución de los TCA a la moda y la persecución de la esbeltez, y evidencia cierta respuesta social y política en forma de medidas de prevención y tratamiento. En una segunda sección del artículo, el autor propone un esquema interpretativo de los TCA que los considera fundamentalmente un problema de socialización en un contexto en el que la medicalización y la mercantilización se han institucionalizado como bases estructurales que inciden en la normativización de la relación del sujeto con su propio cuerpo, y con la posible participación del sujeto mismo.

Palabras clave: TCA, prensa, socialización, medicalización, mercantilización, identidad y alteridad.

Abstract: This paper addresses the issue of eating disorders as a social construction in Spain. It begins with an analysis of their occurrence in press and the presentation of data on its prevalence. The data show that the latter is higher in young women, adolescents and girls. The press, meanwhile, shows an allocation of TCA to fashion and the pursuit of thinness, and evidence certain social and political response in the form of preventive measures and treatment. In a second section of the article, the author proposes an interpretive scheme that considers the TCA fundamentally a problem of socialization in a context in which the medicalization and

commodification are institutionalized as affecting structural basis of standardization of the subject's relationship with her own body, and with the possible participation of the subject itself.

Keywords: *TCA press, socialization, medicalization, commodification, identity and otherness.*

Introducción

El enfoque socioantropológico de la alimentación constituye un amplio campo que es imprescindible tomar en consideración si se quiere estudiar el fenómeno en toda su complejidad. Como sugirió hace un tiempo Espeitx (2002), «no se debe confundir el fenómeno con la explicación que le da sentido [...]. 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». La intención de este trabajo es proponer una vía de interpretación de los TCA que resulte útil para su abordaje desde un punto de vista socioantropológico, a partir del caso de España. Para ello, empezaremos con una síntesis de la situación en cuanto a prevalencia de los TCA y definición social de los mismos, como problema, en nuestro país. Ese primer apartado de contextualización lo elaboraremos a partir de datos ofrecidos por diversos estudios y de una revisión de prensa. Posteriormente propondremos nuestra línea interpretativa a partir de la lectura de varios trabajos sobre la materia. Nuestra labor no pretende agotar el conjunto de referencias que podrían ser objeto de atención, sino centrarse en aquellas que proponen aspectos clave a tener en cuenta.

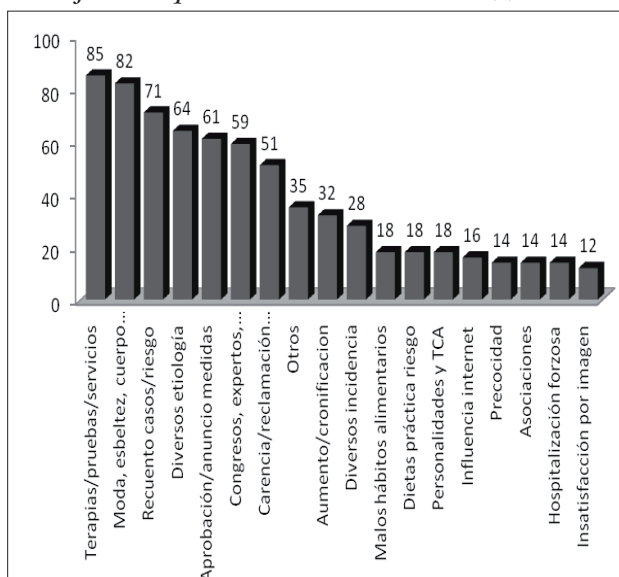
Los TCA en España: situación de partida

Los TCA han despertado una considerable atención institucional y mediática en los últimos años en España, donde ya son percibidos como un problema social. Una aproximación a los artículos publicados en las ediciones en papel e internet de los periódicos *ABC*, *El Mundo*, *El País* y *La Vanguardia* desde 1998 hasta 2008¹ permite constatarlo a

¹ La revisión se ha realizado mediante la base de datos Factiva, con los descriptores «Trastornos de la conducta alimentaria», «Trastornos del comportamiento alimenta-

partir de la temática abordada. Los dos asuntos cuya aparición es más frecuente son la puesta en marcha de servicios de atención o de nuevas terapias, y la moda y la persecución de la delgadez como causas de los TCA. Los titulares que se refieren a recuentos de casos y población en riesgo ocupan el tercer lugar en cuanto a frecuencia de aparición, seguidos de cerca por las referencias a diversos aspectos de carácter etiológico². Con una presencia similar se encuentran la aprobación o anuncio de medidas de prevención y tratamiento, así como las referencias a congresos y expertos.

Gráfico 1. Aspectos de TCA en noticias 1998-2008



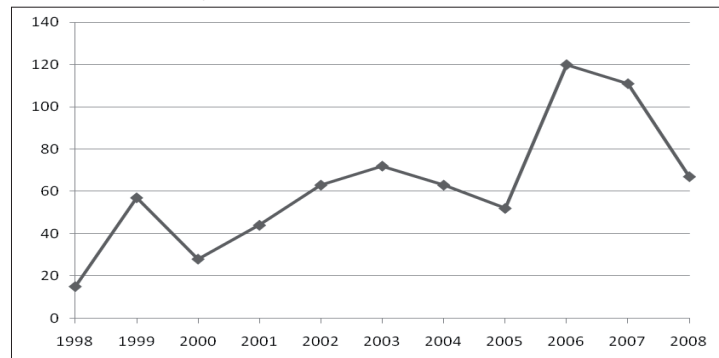
Fuentes: ABC, El Mundo, El País, La Vanguardia.

rio» y «Trastornos alimentarios». Los datos analizados corresponden exclusivamente al titular y al tema general de la noticia. Para tomar en consideración la importancia de cada noticia, se han incluido repeticiones por la aparición de una misma noticia en distintos rotativos y en distintas ediciones de un mismo rotativo.

² Dichas referencias tienen una frecuencia de igual o menor a 11 apariciones, para todo el período observado. Entre ellas destacan los cambios y problemas familiares (9 apariciones), la influencia de medios de comunicación y publicidad (8) y las causas genéticas (6).

Como muestra el gráfico 2, en 1999 se produce un salto en titularidades con referencias a TCA y los máximos se dan en 2006 y 2007.

Gráfico 2. TCA en prensa 1998-2008



Fuentes: ABC, El Mundo, El País, La Vanguardia.

La cuestión de la moda, las tallas y la delgadez —sea como obsesión o como aspecto sobre el que existe presión social— es el tema con mayor aparición en estos tres años, contribuyendo así a los saltos al alza en la atención mediática. A ello hay que sumar la importante presencia de la aprobación y anuncio de medidas que, a menudo, se refieren justamente al sector de la moda. En resumen, la moda, la esbeltez y la persecución de un «cuerpo perfecto» destacan claramente como la causa más citada. El gran eco de las terapias y servicios y la atención que ha mostrado el cuerpo de expertos demuestra que el asunto se ha asumido como un problema por resolver.

Pero, ¿cuál es la importancia de los TCA en términos cuantitativos? En sus revisiones de los trabajos existentes sobre epidemiología de TCA en España, Peláez, Labrador y Raich (2004 y 2005) muestran que es muy difícil establecer la prevalencia de los TCA en el conjunto de España, por dos razones. En primer lugar, los estudios existentes se referían a población de determinadas comunidades autónomas, comarcas o localidades, y no a la población española en general. En segundo lugar, no se tenían en cuenta criterios diagnósticos que dieran mayor certeza a los datos obtenidos. En su artículo más reciente, Peláez, Raich

y Labrador (2010) ratifican las limitaciones territoriales de los estudios existentes. Además, aunque constatan una mejora en la incorporación de criterios y técnicas de diagnóstico para la población considerada, mantienen el argumento de la posible sobreestimación de casos. La siguiente tabla muestra los datos presentados por los autores.

Tabla. 1. Prevalencia de TCA

ESTUDIOS	TCA		ANOREXIA		BULIMIA		TCANE		POBLACIÓN
	V	M	V	M	V	M	V	M	
Móstoles (Morandé, 1990)	0	1,55	0	0,31	0	0,9	-	-	Adolescentes
Móstoles (Morandé y Casas, 1997)	0,9	4,69	0	0,69	0,36	1,24	0,54	2,76	Adolescentes
Comunidad de Madrid (Gandarillas y Febrel, 2000)	-	3,4	-	0,6	-	0,6	-	2,1	Muj. adolescentes
Comunidad de Madrid (Peláez, Labrador, Raich, 2007)	0,64	5,34	0	0,33	0,16	2,29	0,48	2,72	Jóvenes y adolescentes
Osona [Cataluña] (Arrufat, 2006)	0,27	3,49	0	0,35	0	0,44	0,18	2,7	Adolescentes
Barcelona (Muro y Amador, 2007)	0,17	2,31	-	-	-	-	-	-	Adolescentes
Navarra (Pérez Gaspar y otros, 2000)	-	4,1	-	0,3	-	0,8	-	3,1	Muj. jóvenes y adolescentes
Zaragoza (Ruiz-Lázaro, 1998)	-	4,52	-	0,14	-	0,55	-	3,83	Jóvenes y adolescentes
Málaga (Rivas, Bersabé y Castro, 2001)	1,2	4,9	0,5	0,4	0,2	0,6	0,5	3,9	Jóvenes y adolescentes
Valladolid (Imaz y otros, 2008)	1,7	5,26	-	0,88	0,11	0,37	1,59	3,86	Jóvenes y adolescentes
Ciudad Real (Rodríguez y Beato, 2005)	0,6	6,41	0	0,17	0	1,38	0,6	4,86	Adolescentes
Valencia (Rojo y otros, 2003)	0,77	5,17	-	0,45	-	0,41	-	4,31	Jóvenes y adolescentes

Fuente: Peláez y otros, 2004 y 2010)

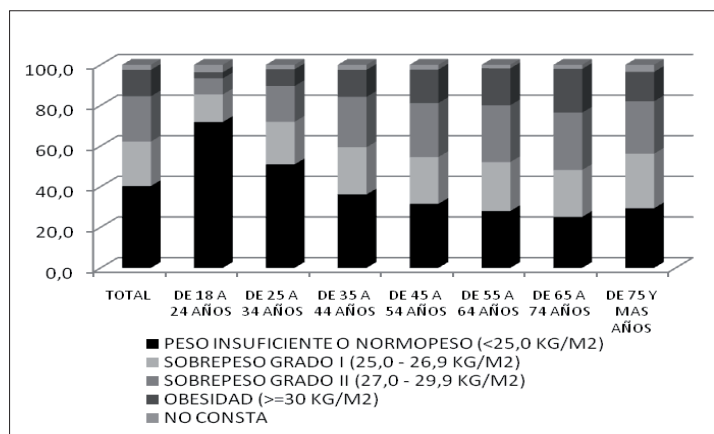
Como se observa, la prevalencia de TCA oscilaría entre 0 y 6,4% en varones y mujeres, respectivamente. Son de destacar el sesgo de sexo que arrojan las cifras, la ausencia de datos sobre población adulta y la mayor prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE).

Alguno de estos aspectos se encuentra también en las pocas cifras que se manejan a escala oficial. El Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995) aceptó en su momento una prevalencia cercana al 1% para la anorexia y del 2 al 3% para la bulimia, con una incidencia nueve veces mayor en mujeres que en hombres. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria publicada en fecha relativamente reciente (Ministerio de Sanidad y Consumo/*Generalitat de Catalunya*, 2009) se remite a varios estudios realizados en España en la población considerada de mayor riesgo (mujeres de entre 12 y 21 años) para fijar una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la anorexia, del 0,41% al 2,9% para la bulimia y del 2,76% al 5,3% para los TCANE. La prevalencia global en mujeres sería de entre el 4,1% y el 6,41%. Pese a existir menos estudios para el caso de varones, los datos serían de 0% para anorexia, de 0% a 0,36% para bulimia y de 0,18% a 0,77% para los TCANE. El resultado arroja una prevalencia global en hombres de 0,27 a 0,90%. La misma guía subraya el incremento de casos, su extensión hacia franjas de edad cada vez más amplias y desde la práctica exclusividad femenina a los casos en varones.

Nos hallaríamos, así pues, ante un problema creciente que tendría un claro vector de género. Algunos estudios permiten caracterizar este componente. Por ejemplo, un trabajo sobre 482 universitarios de la Universidad de Vigo muestra un mayor impulso para adelgazar y una mayor insatisfacción corporal en las chicas, con datos como un mayor porcentaje de realización de dietas, de ejercicio físico excesivo, miedo a ganar peso, deseo de pesar menos y distorsión de imagen corporal. Datos especialmente relevantes cuando el IMC de las chicas resultaba más bajo que el de los chicos (Lameiras y otros, 2003). Perpiñá y Baños (1990) añaden un aspecto más a partir de un estudio sobre 83 mujeres adolescentes: afirman que existe una relación entre creer que se pesa más (o desear bajar peso) y sobreestimar el tamaño corporal. Algunos datos oficiales son coherentes con los que ofrecen estos estudios. Así, como se observa en los gráficos 3 y 4, existe una diferencia

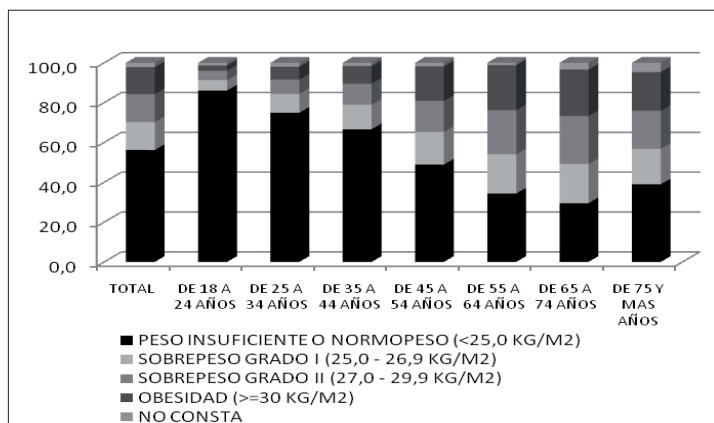
de IMC entre hombres y mujeres, de forma que ellas muestran mayor tendencia al normopeso e infrapeso (56%) que ellos (40,3%). Un dato especialmente acusado, además, en las franjas de edad más jóvenes.

Gráfico 3. IMC en varones.



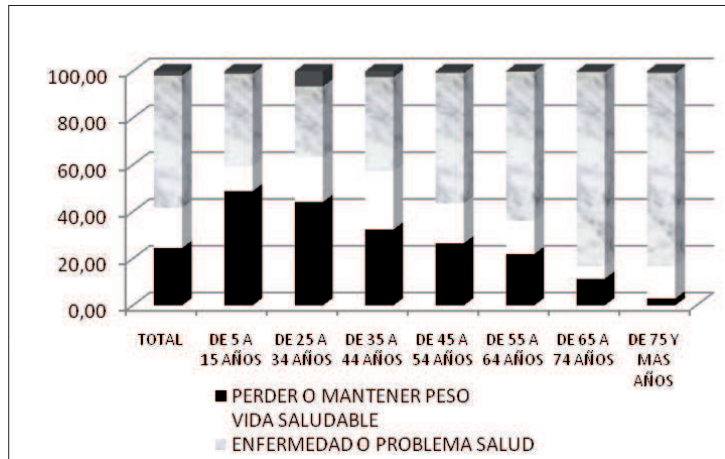
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Gráfico 4. IMC en mujeres.



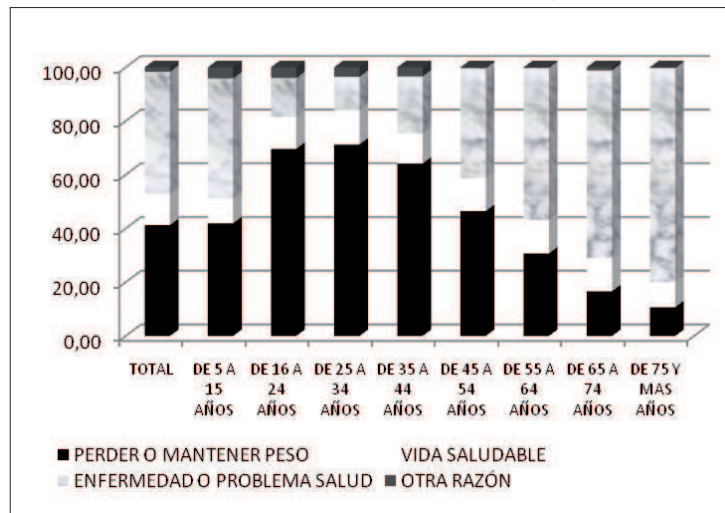
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Gráfico 5. Motivos de dieta entre varones.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Gráfico 6. Motivos de dieta entre mujeres.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Estos datos contrastan con los que se refieren al porcentaje de hombres y mujeres que realizan dieta o régimen para perder o mantener peso. Son las mujeres quienes más lo hacen (41,2%), sobre todo en edades más jóvenes. Lo hacen, respectivamente, el 69,61%, 71,19% y el 64,1% de las mujeres de entre 16-24, 25-34 y 35-44 años de edad. En el caso de los varones, el 24,47% de los hombres afirma seguir dieta por esta cuestión, un dato que es del 44,15 y 32,38% para los que tienen 25-34 y 35-44 años, respectivamente³. Los gráficos 5 y 6 ilustran estos datos.

El papel de la cultura en el surgimiento de los TCA

A la vista de los datos, los TCA son un problema de salud particularmente entre mujeres que tienden a percibir su cuerpo con mayor peso del real y que tratan de reajustarlo a un patrón estético esbelto. Los TCA son situaciones problemáticas diagnosticadas socialmente y sancionadas médicamente por problemas nutricionales y mentales en personas en quienes se observa un defecto o exceso en ingestión de alimentos y que experimentan distintos grados de malestar emocional. Varios aspectos del comportamiento de las personas que los padecen se etiquetan como síntomas de enfermedad mental. Por ello, los TCA conllevan protocolos de intervención que pueden incluir formas de internamiento y que suelen incidir en la dimensión psicológica y biológica del comportamiento de las personas afectadas y, a veces, también de sus familiares y en la recuperación de peso por parte de los pacientes (Comelles y Gracia, 2007; Contreras y Gracia, 2005; Gracia, 2007).

Aunque existen precedentes históricos⁴, los TCA se han definido como tales en el siglo xx surgiendo como «síndrome cultural»; es decir, como enfermedad caracterizada por uno o varios de los criterios siguientes: *a*) ocurre en cierto contexto cultural fuera del cual no se puede comprender; *b*) presenta distintos grados de gravedad; *c*) a pesar de que el síntoma expresa una conflictividad más o menos latente

³ La Encuesta no ofrece datos para los varones de entre 16-24 años.

⁴ Existen casos como mínimo desde el siglo V d.C., aunque el sentido que se atribuyó a los síntomas fue distinto según las épocas. Véanse, en este sentido, Guillemot y Laxenaire (1994), Rodríguez Peláez (2007), Giddens (1994) o Gracia (2002 y 2007).

en una cultura, adquiere una intensidad suficiente como para que se manifiesten síntomas y mecanismos de protección psicológicos; d) la sintomatología del trastorno puede expresar un abanico de afecciones psicopatológicas subyacentes; e) los síntomas observados constituyen los extremos de conductas normativas en una determinada cultura; f) el trastorno es sancionado en esa cultura con el término «locura» o desviación psicológica; g) en la sociedad en cuestión, los síntomas del síndrome son respondidos con premios o castigos en unos contextos u otros (Guillemot y Laixenaire, 1994, citando a Ritenbaugh, 1982).

Como hemos visto en el apartado anterior, la estética corporal ha ejercido un papel clave en la problematización de los TCA en España. La raíz cultural de la enfermedad vendría de la mano de dos aspectos muy vinculados con el patrón corporal femenino y la relación entre alimentación e imagen corporal. En primer lugar, en el siglo XX se contraponen un modelo corporal femenino primero de curvas sinuosas y después sin ellas, con piernas largas, vientre plano y pecho alto; un cuerpo delgado objeto de culto y de cultivo activo⁵. Un segundo factor sería la persecución de las grasas (y, en especial, de su manifestación en forma de sobrepeso y obesidad). Ambos factores se asocian al seguimiento de dietas y estarían ampliamente extendidos entre la población no diagnosticada de TCA, con prácticas como el ejercicio físico forzado, «saltarse» una comida, alimentarse a base de platos ligeros, practicar regímenes especiales, restringir aportes líquidos, realizar saunas o baños de vapor o tomar de laxantes y diuréticos. Lo mismo ocurriría con valores y actitudes asociados a la anorexia (hiperautocontrol, autodisciplina, competitividad y deseo de éxito e incluso de poder) (Allen, 2008).

⁵ Véanse, por ejemplo, los datos que presentan Garfinkel y Garner (1980), Silverstein y otros (1986), Wiseman y otros (1992) y Foley Sypeck y otros (2006) sobre Estados Unidos. Para España, por ejemplo, Toro (1988) se refiere a un estudio suyo en colaboración con otros autores sobre revistas de lectura mayoritariamente femeninas publicadas entre 1984 y 1986. En ellas, uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente al adelgazamiento y uno de cada diez lo hacían directa y textualmente (Toro, 1988). Más recientemente Figueras (2002) ha mostrado la amplia difusión en revistas destinadas a mujeres no solo de la imagen femenina delgada sino también de las dietas hipocalóricas. Por su parte, Olesti y otros (2007) hallaron en adolescentes de Reus (Tarragona) una inclinación a la realización de dietas y una insatisfacción con su cuerpo relacionada con el hecho de tomar como patrón la imagen de las modelos publicitarias.

Sin embargo, que se trate de trastornos culturales no explica cómo surgen. Varias teorías que han profundizado en las razones socioculturales de los TCA los consideran una construcción social producida en una determinada época. El posestructuralismo, por ejemplo, parte de la fragmentación de los sujetos entre discursos y prácticas, con dificultades para construir la propia identidad en un contexto de estructuras de clase, género o edad no consolidadas. Otra teoría —la de la anomia— se fija en una desorientación del sujeto por un desajuste entre fines y medios (la belleza y los medios para conseguirla, por ejemplo). Por su parte, el interaccionismo simbólico propone como foco principal la construcción de sentido en la interacción cotidiana. Un cuarto ejemplo sería la sociología del conocimiento, que se fundamenta en la importancia de los procesos de interiorización y exteriorización de la sociedad. En definitiva, de las distintas teorías que han dado cuenta de los TCA desde un enfoque socioantropológico se desprende que estos encuentran en la cultura su marco de expresión, pero que su surgimiento y reproducción tienen una raíz en procesos sociales cuyo abordaje resulta imprescindible. El punto exacto se encontraría en la relación entre el sujeto y el mundo que le rodea, con todas sus bases estructurales; aquellas que establecen unas condiciones para la construcción de los TCA. La importancia de la moda y de la estética corporal indica que el mercado y el consumo deben ser aspectos clave. El papel de las terapias y los servicios en la presencia mediática de los TCA sugiere que debe de ser clave, también, el proceso de medicalización. Ambos configuran condiciones particulares para la socialización de los sujetos y sus opciones de imaginar un mundo con sentido. Condiciones que han acabado siendo institucionalizadas y, por tanto, integrando bases estructurales prácticamente sedimentadas, de las cuales es difícil dudar y a las que es complicado contrarrestar.

La mercantilización en la construcción de los TCA

La época en la que vivimos se caracteriza, según diversos autores⁶, por la economía capitalista, el Estado-nación burgués, la ciencia como

⁶ Véase, por ejemplo, Giddens (1993), Bauman (2005), Beck (2001), Appadurai (2001) y Hernández Martí (2002).

fundamento explicativo del universo basado en la razón humana y no en la divinidad, la idea de un progreso ilimitado en manos del ser humano y el desarrollo progresivo de medios de comunicación y transporte. El protagonista de esta etapa es un individuo más o menos condicionado por la sociedad en la que vive y que experimenta una fragmentación de escenarios y ámbitos de experiencia, moviéndose entre mundos diversos que a veces se contradicen entre ellos. Como dice Beck: «Los individuos se transforman en actores, constructores, malabaristas, directores de sus propias biografías e identidades, pero también de sus vínculos y redes sociales» (2001: 235). La identidad se convierte en un proyecto individual permanentemente inacabado y el consumo constituye la principal vía para buscarla. Hedonismo y narcisismo sustituyen a formas religiosas precedentes para dar sentido a la vida. El narcisismo está situado más allá de la admiración por uno mismo y su apariencia; conlleva tal preocupación por el yo que no permite atender a cuestiones que le resultan exteriores (Giddens, 1994). El sujeto moderno siente la necesidad imperiosa de vivir nuevas experiencias en primera persona y el cuerpo se convierte en la principal vía para buscarlas, con el recurso a la moda, las dietas o el ejercicio físico, en una sociedad de consumo en la que la dependencia de los objetos es considerable, dependencia que también se prolonga en el seno familiar, con la extensión de la adolescencia (Guillemot y Laxenaire, 1994). No es casual que esta sea la etapa con mayor desarrollo de TCA, dado que en ella se produce una búsqueda de identidad por parte de los sujetos.

La individualización de decisiones es la pauta, en un sistema alimentario que ofrece diversidad de opciones con distinto fundamento ideológico entre alimentos que se han convertido en mercancías (Espeitx, 2002), y de cuyos rasgos y efectos en la biología humana existe hoy mejor conocimiento científico, aunque combinado con una creciente preocupación ciudadana e institucional por la seguridad alimentaria (Contreras, 2005).

Proliferan discursos publicitarios derivados de un marketing que parte bien de planteamientos hedonistas, bien medicalizados o bien de ambos, para expresar de algún modo el cálculo del beneficio de cierta representación corporal y su venta dentro de la racionalización productiva y en un contexto de racionalización del comportamiento cotidiano basado en principios éticos y normativos (López Yáñez,

2001). El marketing difunde normas dietéticas, roles de género y un determinado ideal estético, lo que, combinado con la condena médica de las grasas, resulta de suma efectividad.

La industria alimentaria acaba gobernando las decisiones que se toman en el sistema alimentario y contribuyendo a la configuración de sujetos consumidores, concebidos como clientes y pacientes planificadamente acríticos e individualizados. Esos mismos sujetos acaban siendo culpabilizados de sus propios males, con lo que se rehúye socialmente la comprensión de los pacientes y la crítica a agentes sociales y económicos que promueven formas de hedonismo y lipofobia (Comelles y Gracia, 2007). Un aspecto especialmente acuciante en el caso de las mujeres. Moda, cosméticos y revistas para ellas alimentan la obsesión por la belleza y la esbeltez, con abundancia de mensajes protagonizados por expertos que dan indicaciones sobre lo que «deben» hacer o de personas famosas o imágenes de mujeres en anuncios que, a pesar de estar visiblemente delgadas, sugieren la necesidad de adelgazar. Desde las mismas revistas se sugiere que la mera exhibición de esas imágenes y discursos no es suficiente, porque lo importante sería la predisposición psicológica de las personas o el ambiente familiar. Toda una coartada desde la medicalización (Way, 1995).

La medicalización en la construcción social de los TCA

A pesar de que el pluralismo ideológico es marca de la modernidad avanzada, la ciencia sigue siendo la principal vía a la que asirse para explicar la realidad. En el caso de la alimentación, los expertos de la medicina, la nutrición y dietética y la tecnología alimentaria toman protagonismo. El reconocimiento de su saber facilita el proceso de medicalización, con el que se adoptan terminología y tratamientos médicos para problemas de carácter sociocultural (Lawrence y Germov 1999: 59, citando Conrad, 1992).

El modelo alimentario de las sociedades modernas occidentales incorpora a los sujetos como usuarios, clientes o pacientes de afecciones relacionadas con «malos hábitos» o «alimentación incorrecta». La medicina contribuye, así, al control social con un ejercicio de biopolítica moralizadora que puede conllevar formas de culpabilización social. Proliferan las normas dietéticas y los discursos lipofóbicos. Se produce, también, la multiplicación de etiquetas patológicas que

acaban exculpando a relaciones sociales, económicas y políticas. Se construye un ambiente represivo en alimentación que impulsa una especie de neurosis nutricional y una exagerada distorsión de la imagen del propio cuerpo (Guillemot y Laxenaire, 1994).

El paradigma médico predominante se dirige a los sujetos como si se tratara de recipientes pasivos. Es un planteamiento unidimensional (en torno a lo biológico), unidireccional (desde los expertos hacia la población o usuarios), jerárquico (con alguien que «sabe» y está por encima de quien «no sabe») y en forma de monólogo que ve en el paciente a un sujeto vacío de contenidos o lleno de prejuicios (Martínez, 2008). Los centros de tratamiento especializado de los TCA serían ejemplo de este tipo de paradigma. Comelles, Gracia y colaboradores (2007) consideran que en ocasiones se basan en una mercantilización de patologías, e incluso acaban promoviendo una detección de las mismas que en otras condiciones no se produciría. Son instituciones en las que tienen lugar formas de control y vigilancia, y también de culpabilización, de las personas que a menudo trabajan al margen de la mayor parte de ámbitos de socialización. Así, se convierten en instituciones totales que tratan de que los sujetos objeto de su control interioricen, en forma de normas sociales, un conjunto de normas dietéticas. La enculturación y el aprendizaje alimentario global acaban a menudo fuera de la intervención terapéutica que se plantea e incluso de la concepción del trastorno mismo.

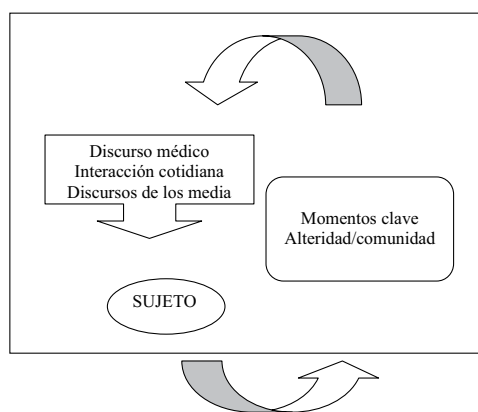
Se produce de este modo la paradoja de una regularidad y control de las conductas en un contexto de supuesta democratización, diversificación, flexibilidad y libertad individual; el modelo cultural alimentario converge con el modelo biomédico y la nutrición se acaba reificando, de modo que se olvida la vinculación de la alimentación con las relaciones sociales, fundamentalmente en el consumo y la preparación.

El papel de la socialización en los TCA

La socialización es el proceso por el que los sujetos construyen un mundo simbólico en el que sentirse más o menos confortables; es un laborioso proceso de bricolaje por el que tratan de ser (y sentir que son) alguien. La primera socialización se produce en el seno de la familia y permite sentar las bases del mundo social mediante las inte-

racciones con los otros significativos que constituyen sus miembros (Berger y Luckmann, 1988). A partir de ahí, nuevos aprendizajes se desarrollan en múltiples ámbitos contribuyendo a modelar la identidad en lo que es el proceso de socialización secundaria. El protagonismo que se otorga a la familia en el tratamiento de los TCA y el hecho de que quienes lo padecen mayoritariamente sean niños y adolescentes hace pensar en un influjo clave y todavía cercano de la socialización primaria. Sin embargo, el grupo de iguales y los medios de comunicación pueden tener un papel nada desdeñable en una realidad en la que se revela tan importante la imagen que se muestra a los demás y la difusión del patrón que le sirve de guía. Desde nuestro punto de vista, la socialización secundaria es la clave para comprender el desarrollo del trastorno y su construcción. La figura 1 representa al proceso y los aspectos clave del mismo. El discurso médico, los discursos que provienen de los medios de comunicación (incluido internet) y las situaciones de interacción con otros en la vida cotidiana proveen al sujeto de información sobre el mundo y sobre el lugar que ocupa en él. El proceso adquiere la forma de círculo cuando el propio sujeto puede proporcionar nuevos materiales a aquellos discursos y situaciones de interacción mediante su autoimagen, momentos clave que darían forma a un relato sobre sí mismo y, finalmente, al binomio comunidad/alteridad.

Figura 1. La socialización en la construcción de los TCA



Discurso médico

Ya hemos hablado del discurso médico como una vía de moralización de la relación del sujeto con su propio cuerpo. Nos resta únicamente añadir que también puede ser usado por los sujetos para construir su propio trastorno como proyecto. En este sentido, Allen (2008) ha explicado que las personas anoréxicas pueden llegar a apropiarse del lenguaje y argumentos esgrimidos por los profesionales de la psicología que les tratan. Por ejemplo, el DSM IV establece como uno de los criterios para diagnosticar anorexia el resistirse a mantener al menos un 85% del propio peso. La autora cita una referencia establecida en una web sobre anorexia en la que alguien se lamentaba de que el 15% de peso se convertía en una finalidad de las anoréxicas. La cita decía: «Hay mucho más en la anorexia que peso. Ojalá pudiera cambiar el estúpido criterio del 15% porque en realidad no hace sino MOTIVAR a las anoréxicas a ir hacia él y mucho más allá» (Hardin, 2003, citado por Allen, 2008). Parece que podría tratarse de una persona no anoréxica, pero en cualquier caso la referencia remite directamente al DSM IV y ello sugiere que se podría convertir, en algún caso, en un manual para las personas anoréxicas. De hecho, es frecuente en webs *pro-ana* que el peso se convierta en una especie de criterio para permitir o no el acceso a ellas de las personas. La misma autora explica que las campañas de salud pública establecen una jerarquía gordo/delgado que se traduce en una norma moral que deben seguir los individuos, dejando de lado el rol del contexto social. Los TCA serían, entonces, no una muestra de destrucción de un individuo, sino de construcción de un sujeto a través de discursos y prácticas (Allen, 2008). Entre estos discursos se encontraría el establecimiento de rasgos psicológicos de predisposición que podrían suponer formas de estigmatización especialmente incisivos en sujetos subordinados socialmente, como son mujeres y, en particular, adolescentes o jóvenes. De hecho, Comelles, Gracia y colaboradores (2007) ofrecen algún indicio de que se podría estar realizando una estigmatización por carácter en el caso de las personas afectadas por anorexia y bulimia. La función de relación social de la alimentación desaparece en el caso de la anorexia y la bulimia al establecerse medidas de control social que sobrepasan las colectivas (Gracia y otros, 2007). Es decir, que son protagonizadas férreamente por el propio sujeto, lo que está relacionado con las expectativas sobre la propia imagen y su percepción por parte de los otros.

Interacción cotidiana

La identidad se construye a través de imágenes y discursos de los demás sobre uno mismo, y en todo ello ocupa un lugar fundamental la imagen corporal a través de la cual podemos experimentar sensaciones de rechazo o aprobación. La presentación e introducción del individuo en sociedad tiene lugar a través del propio cuerpo, del control de su imagen y de cómo deben relacionarse los cuerpos entre sí y sus distintas partes, en función de su categorización social. El cuerpo es una herramienta cuyo uso disciplinado permite conservar cierta apariencia más o menos normal y satisfactoria. Pero, al mismo tiempo, los cuerpos expresan el mundo social que habitan, como representación cultural bien de valores sociales, bien de formas de poder y control (Reischer y Koo, 2004). La imagen física de un individuo acaba viéndose acompañada de connotaciones morales, muy particularmente de las relacionadas con el autocontrol. Un cuerpo voluminoso representa en la mayor parte de sociedades modernas occidentales pobreza, enfermedad y bajo estatus socioeconómico, justo lo contrario que en el pasado. En cambio, un cuerpo esbelto simboliza un ejercicio de escultura para acercarse a un modelo ideal y mostrar, al mismo tiempo, un elevado grado de disciplina y autocontrol. Es algo coherente en sociedades capitalistas que se regulan por ciclos de control y liberación (trabajo/ocio, diario/fin de semana...). Pero el sistema no está exento de contradicciones (particularmente, los deseos como consumidores muchas veces no coinciden con la disciplina como productores), de modo que el deseo se ve confrontado a condiciones que son adversas a su consecución final. Desde este punto de vista, el exceso de control derivaría en anorexia y el de liberación en obesidad, mientras que la bulimia presentaría manifestaciones de ambos (Reischer y Koo, 2004).

Por otra parte, cuando el sujeto percibe de manera continua respuestas negativas ante su propia imagen podemos hablar de «estigma», tal como lo definió Goffman (1963). Según este autor, se trataría de un atributo que desprestigiaría, elaborado en sociedad, en la comunicación con otras personas, básicamente con el recurso a marcas estereotipadas y al establecimiento de distancia y rechazo social. Goffman lo consideró como una señal de desviación respecto de una normalidad construida socialmente, con tres posibles tipos: físico (sobre deformidades o rasgos corporales), de carácter (sobre la

manera de ser de las personas estigmatizadas) y tribales (basados en raza, etnia o religión). Quien está estigmatizado entra a formar parte de un grupo desprestigiado y subordinado frente a quien estigmatiza desde una supuesta posición de normalidad e incluso superioridad. Ya hemos mencionado de qué forma los TCA pueden suponer formas de estigmatización por carácter. Su construcción y reproducción se produce, en buena medida, en las situaciones de interacción cotidiana entre personas.

Discursos de los medios de comunicación

Los discursos de los medios de comunicación e Internet amplifican el discurso médico, pero también los relatos y referencias que encuentran las propias personas afectadas en personas que se revelan como patrones a seguir. Quizá el ejemplo más directo sea la publicidad, pero no sería el único. Pensemos en algunos programas de televisión emitidos en los últimos años, como «Cambio radical» o «Soy lo que como», que buscan el establecimiento de un relato consistente, en un mundo lleno de contradicciones y fragmentación, en torno a la concepción del cuerpo y de la importancia de su imagen. Los protagonistas buscan un cambio que resulta, en buena medida, estético. El programa presenta prácticamente un antes o un después, sin detallar a fondo el proceso de modificación experimentado por el sujeto en cuestión; incluso se presenta a la persona «recuperada» como una heroína. La imagen idealizada que de ella se consigue no solo reproduce los aspectos enumerados sino que omite otros, como las dificultades para conseguir un tratamiento debido al elevado precio, la carencia de cobertura por seguros públicos y privados y las listas de espera. Finalmente, todo acaba con el final feliz deseado por el público, dejando de lado también los aspectos dolorosos del tratamiento y el trastorno. Se construye, así, un modelo de trayectoria vital plausible (Allen, 2008). Tanto estos programas como la numerosa publicidad existente sobre productos de belleza y adelgazantes presentan propuestas discursivas que esconden que los medios institucionalizados para obtener la belleza deseada no existen, son limitados (maquillaje, ropa, complementos...), ilegítimos por inauténtico su resultado (cirugía estética), meramente tolerados (cirugía estética «menor», como eliminación de

arrugas faciales o maquillaje semipermanente) o, simplemente, no están al alcance de todos los estratos sociales (López Yáñez, 2001).

La situación es especialmente espinosa para las mujeres. Basta recordar el dato sobre la incidencia de las dietas en mujeres pese a que éstas presentan más normopeso e infrapeso que los hombres, para intuir que las expectativas son mayores para ellas. Por otra parte, la visión crítica hacia el propio cuerpo sería también superior en ellas, aunque no se referiría necesariamente a todo el cuerpo. En un trabajo efectuado por Davies y Furnham en 1986, sobre una muestra de 182 muchachas londinenses de 11 a 18 años, se plasmó un índice más de diez veces superior de insatisfacción hacia las caderas en comparación a cintura y busto; dato que se incrementaba con la edad. Resulta especialmente llamativo que se trate de partes del cuerpo que crecen para que biológicamente la mujer cumpla con la función reproductiva, lo que conlleva que no se acabe percibiendo negativamente el cuerpo sin más, sino su desarrollo (Toro, 1988). A la presión para cumplir con un patrón corporal hay que sumar además las expectativas alrededor del papel de *superwomen*, que aún en una misma persona un triple éxito en trabajo, maternidad y belleza. Este papel conlleva presiones que, al resultar contradictorias, pueden ser desencadenantes de TCA (Gracia, 2002). El cuerpo puede constituir una lucha por la propia autonomía, control y poder a través de formas de disciplina (ejercicio, régimen o dieta). En el caso de la mujer, algunos autores han hecho notar que el incremento de casos de TCA coincide con la mayor presencia de aquella en posiciones de poder y autoridad en el trabajo, para cuya consecución puede ser garantía una determinada imagen de belleza. De este modo, el modelo normalizado de belleza femenina, o incluso el modelo de cuerpo anoréxico, se convierte en un patrón o medida para que las mujeres realicen prácticas de juicio, disciplina o corrección sobre sí mismas.

Por su parte, internet supone una amplificación de las posibilidades de visitar y revisitar escenarios mediatizados como los que acabamos de plantear, pero también constituye una vía para construir comunidad y alteridad.

Comunidad/alteridad y momentos clave

Contrariamente a lo que se podría creer, los TCA no los experimentan estrictamente individuos aislados. Se trata de personas que pueden constituir una especie de comunidad que encuentra su territorio en la red y, más en concreto, en webs y blogs en los que se crea pertenencia alrededor de una experiencia o proyecto de modelación del propio cuerpo, con recomendaciones y apoyo mutuo sobre cómo resistir físicamente. Es una comunidad, además, que se muestra abiertamente ante otros (Ferreday, 2003), con lo que cumple con dos de los requisitos de la construcción de la identidad: la confrontación con la alteridad y el marcaje de aspectos de exclusión/inclusión. La imagen corporal y el peso son aspectos cruciales, con indicaciones textuales o imágenes de torsos extremadamente delgados, o de personas famosas que también lo son o lo aparentan.

La comunidad proporciona elementos al discurso médico, al mediático y a la interacción cotidiana con denuncias o reafirmaciones de los argumentos que en ella se crean o se difunden, pero no solo con eso. Los relatos de las propias personas afectadas pueden proporcionar nuevos referentes a los discursos y contextos de interacción, con lo que el círculo se cierra con la experiencia de una suerte de sufrimiento social; de malestar con su propia vida, que a veces reflejan en sus propios relatos biográficos, cuando describen momentos de malestar en relación con los demás, en ciertos contextos o circunstancias vinculadas a menudo a un incremento de autonomía (cambio laboral, familiar, de residencia o de centro de estudios, salir con amigos, exámenes, discriminación étnica, discriminación sexual...). Eso permite construir el trastorno como un fenómeno vinculado al ciclo vital y a determinados momentos del mismo, lo que contribuye a modelar formas de terapia y acción preventiva que tratan de edificar trayectorias vitales lo más cohesionadas posible.

A modo de conclusión

La atención de la prensa a los TCA evidencia que han sido definidos como un problema social en España. Los estudios realizados a escala regional o local en nuestro país muestran que afectan más a mujeres que a hombres, y a jóvenes, adolescentes y niñas más que a adultas.

Los criterios diagnósticos no siempre se cumplen en todos los casos, por lo que los TCANE son los que muestran una mayor prevalencia. La atención en la prensa escrita sugiere predominantemente una causa: la moda, las tallas y la delgadez como obsesión o como aspecto sobre el que existe presión social. La asunción del problema se pone de manifiesto por el hecho de que la aprobación y anuncio de medidas (a menudo referidas precisamente a la moda) tengan una presencia numerosa en los rotativos consultados para este artículo.

Sin embargo, la aparente sencillez de la etiología sugerida socialmente esconde una explicación más compleja. Los TCA son un fenómeno moderno, ligado al control social y normativización de la relación con el propio cuerpo y el comportamiento alimentario. En un contexto marcado por la medicalización y la mercantilización como bases estructurales institucionalizadas, la incorporación a la sociedad mediante el proceso de socialización acaba siendo fundamental. El discurso médico, el mediático y la interacción cotidiana proveen al sujeto de materiales con los que modelar una identidad. La incorporación de la lipofobia, del patrón esbelto y de las presiones para cumplir con el papel de *superwoman* inciden en el diseño del proyecto identitario. Éste, por su parte, encuentra su anclaje en momentos clave de la propia trayectoria vital y en experiencias comunitarias que refuerzan colectivamente comportamientos diagnosticados como parte del trastorno. El reflejo de aquellos momentos y experiencias en discursos e interacción puede acabar de cerrar el círculo de construcción de los TCA que supone la socialización. Para responder al reto que plantean los TCA es preciso conocer mejor cómo funciona este círculo y tratar de incorporar en él nuevas sinergias. La contextualización de cada caso y una posición crítica frente a una medicalización monológica de los TCA y a la estigmatización de las personas anoréxicas resultan fundamentales para atender no solo a las razones de fondo de los trastornos, sino también a posibles tratamientos que puedan resultar contraproducentes.

Bibliografía

- APPADURAI, A. (2001) *La modernidad desbordada*. Buenos Aires: FCE.
ALLEN, J.T. (2008) «The Spectacularization of the Anorexic Subject Position». *Current Sociology*, 56 (4): 587-603.

- BAUMAN, Z. (2005) *Globalització*. Barcelona: Proa.
- BECK, U. (2001) «Vivir nuestra propia vida en un mundo desbocado: individualización, globalización y política». En GIDDENS, Anthony y HUTTON, W. (eds), *En el límite. La vida en el capitalismo global*. Barcelona: Tusquets.
- BECK, U. y E. BECK (2007) *La individualización*. Barcelona: Paidós.
- BERGER, P. y T. LUCKMANN (1988) *La construcción social de la realidad*. Barcelona: Herder.
- CARMONA MERCADO, C. (2008) «Aplicación del análisis de género a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC)». *Revistaesalud.com* 4(14).
- COMELLES, J.M. y GRACIA ARNAIZ, M.I. (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- CONTRERAS, J. (2005) «La modernidad alimentaria. Entre la sobreabundancia y la inseguridad». *Revista Internacional de Sociología*, 40: 109-132.
- CONTRERAS, J. y M.I. GRACIA ARNAIZ (2005) «Cuerpo, dieta y cultura». En *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- DI NICOLA, V. F. (1990) «Anorexia Multiforme: Selfstarvation in Historical and Cultural Context». *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27.
- ESPEITX, E. (2002) «El hambre autoinducido. Lugar de encuentro entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural». En *Actas del IX Congrés d'Antropologia FAAEE*, Barcelona.
- ESTEBAN, M.L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellterra.
- FERREDAY, D. (2003) «Unspeakable Bodies; erasure, Embodiment and the Pro-Ana Community». *International Journal of Cultural Studies*, 6: 277-295.
- FIGUERAS, M. (2003) *La imatge corporal en les revistes femenines*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- FOLEY SYPECK, M. y otros (2006) «Cultural expectations of thinnes in women, redux: *Playboy* magazine's depiction of beauty from 1979 to 1999». *Body Image*, 3: 229-235.

- GARNER, D.M. y P.E. GARFINKEL (1980) «Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa». *Psychological medicine*, 10:647-656.
- GIDDENS, A. (1993) *Consecuencias perversas de la modernidad*. Madrid:Alianza.
- GIDDENS, A. (1994) *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.
- GOFFMAN, E. (1963) *Stigma*. London: Penguin.
- GRACIA ARNAIZ, M. I. (2002) «Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa». En GRACIA ARNAIZ, M. I. (coord) *Somos lo que comemos. Estudios de Antropología de la alimentación en España*. Barcelona:Ariel.
- GRACIA ARNAIZ, M. I. (2005) «Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas». En *Revista Internacional de Sociología*, 40: 159-182.
- GRACIA ARNAIZ, M. I. (dir) (2007) *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- GUILLEMOT, A. y M. LAXENAIRE (1994) *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- HERNÁNDEZ MARTÍ, G. M. (2002) *La modernitat globalitzada*. València: Tirant lo Blanch.
- LAMEIRAS, M. y otros (2003) «Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios». *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1): 23-33.
- LAWRENCE, M. and J. GERMOV (1999), «Future Food: The Politics of Functional Foods and Health Claims». En GERMOV, JJ. and L. WILLIAMS (eds) (1999) *A sociology of Food and Nutrition. The Social Appetite*. Oxford: Oxford University Press.
- LOPEZ YÁÑEZ, A.D. (2001) «Aproximación teórica al estudio sociológico de la anorexia y la bulimia nerviosas». *REIS*, 96 (1): 185-199.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006) *La salud de la población española. Indicadores de salud*. Madrid: MSC.
- MUÑOZ SÁNCHEZ, R. y A. MARTÍNEZ MORENO (2007) «Vigorexia y ortorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?» *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5: 457-482.

- OLESTI BAIGES, M. y otros (2007) «Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus.» *Enfermería clínica*, 17(2): 78-84.
- PELÁEZ FERNÁNDEZ, M.A., F.J. LABRADOR ENCINAS Y RAIH ESCURSELL, R.M. (2004) «Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.» *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 71/72: 33-41.
- PELÁEZ FERNÁNDEZ, M.A., F.J. LABRADOR ENCINAS Y RAIH ESCURSELL, R.M. (2005) «Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria.» *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2): 135-148.
- PÉLAEZ FERNÁNDEZ, M.A., R.M. RAICH ESCURSELL Y LABRADOR ENCINAS, F. (2010) «Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos.» *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1: 62-75.
- PERPIÑÁ, C. y Rosa María BAÑOS (1990) «Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes.» *Anales de psicología*, 6 (1):1-9.
- REISCHER, E. and K.S. KOO (2004) «The Body Beautiful: Symbolism and Agency in the Social World.» *Annual Review of Anthropology*, 33: 297-317.
- RODRÍGUEZ PELÁEZ, D. (2007) «La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la "histeria" como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX.» *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 6: 678-695.
- SILVERSTEIN, B., L. y otros (1986) «The role of the mass media in promoting a thinstandard of bodily attractiveness for women.» *Sex Roles*, 14(9-10): 519-532.
- SOBAL, J. and D. MAURER (1995) «Preface.» En MAURER, D. and J. SOBAL (eds) *Eating agendas. Food and Nutrition as Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter.
- TORO, Josep (1988) «Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta.» *Anuario de Psicología*, 38 (1): 24-47.
- WAY, K. (1995) «Never Too Rich... Or Too Thin: The Role of Stigma in the Social Construction of Anorexia Nervosa.» En MAURER, D. and J. SOBAL (eds), *Eating agendas. Food and Nutrition as Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter.

- WILLIAMS, L. y J. GERMOV (1999) «The Thin Ideal: Women, Food, and Dieting». En GERMOV, JJ. and L. WILLIAMS (eds) (1999) *A sociology of Food and Nutrition. The Social Appetite*. Oxford: Oxford University Press.
- WISEMAN, C.V. y otros (1992) Cultural expectations of thinnes in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 85-89.