

Los umbrales de entrada en los trastornos alimentarios para las clases populares *

José Luis Moreno Pestaña

Universidad de Cádiz

Cada forma de organización social en la que participa el enfermo tiene su propio lote de ofensas perceptibles como signo de la enfermedad mental y generadoras de estragos.

Erving Goffman

PARA UNA SOCIOLOGÍA DEL NICHOS ECOLÓGICO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

Para analizar los trastornos alimentarios, utilizaré el concepto, elaborado por Ian Hacking, de *nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria*¹. Según Hacking, el *nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria* está compuesto por

* Agradezco a Muriel Darmon, Didier Fassin, Marga Huete, Samuel Léze, Enrique Martín Criado, Gérard Mauger y Stanislas Morel sus comentarios respectivos a diversas versiones de este artículo. Versiones anteriores de este trabajo se han expuesto en sesiones de discusión del *Centre de recherches sur les enjeux contemporains en santé publique* y del seminario «Populations défavorisées et alimentation» de INRA-CORELA. Una primera versión de este artículo fue publicada en *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, nº 76, 2005.

¹ El concepto de *enfermedad mental transitoria*, según Ian Hacking (2002, p. 34), sirve para explicar cómo «ciertos tipos de enfermedad mental y ciertas disposiciones de síntomas están muy presentes en ciertos lugares y en ciertas épocas y ausentes en otras, incluso en el marco de una cultura casi idéntica. Son los trastornos que llamo transitorios; no en el sentido de que aparezcan y remitan durante la vida de una persona, sino en el sentido de no existen más que en una época y en un lugar determinados». Hay dos cuestiones, que sobrepasan el objeto de este artículo, pero que conviene enunciar, ya que una forma parte de mis supuestos ontológicos de base y la otra constituye un interesante tema posible de investigación. La cuestión que forma parte de mis supuestos ontológicos es la diferencia, propuesta por Hacking, entre especies naturales o indiferentes, interactivas e híbridas. Las especies naturales no resultan afectadas por las prácticas culturales (por ejemplo, los protones), al contrario que las especies interactivas (así, la noción de «mujer maltratada»). Las especies híbridas mezclan a la vez las propiedades de las especies naturales y las interactivas: es el caso, pues, de la esquizofrenia. Los trastornos alimentarios, supongo, es una especie interactiva o, cuando menos, híbrida. La cuestión que constituye un tema de investigación posible —a partir de procesos de análisis comparativo— es si un nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria puede sobrevivir a la desaparición de uno de los vectores que lo componen. Ver Hacking (2001, pp. 169-205) y Faucher (1999, pp. 16-18, 28).

cuatro vectores. Primero, la existencia de una taxonomía médica capaz de definir ciertos tipos de conductas en el interior de un cuadro nosológico. Segundo, una polaridad cultural en torno a un cierto tipo de comportamiento; este sería a la vez objeto de admiración colectiva y testimonio de un comportamiento vicioso y degradado. Tercero, un vector de «observabilidad» que permita descubrir el comportamiento «patológico». Cuarto, el comportamiento patológico debe permitir alcanzar objetivos vitales que sería imposible lograr de una manera normalizada. Este vector ayuda a precisar el reclutamiento social de los individuos que se embarcan en *enfermedades mentales transitorias* (Hacking, 2002, pp. 180-182).

Mi utilización del modelo de Hacking se funda en dos presupuestos. En primer lugar, este modelo abre valiosas posibilidades de descripción sociológica de una enfermedad mental como la anorexia y la bulimia. En segundo lugar, tales posibilidades de descripción amplían las permitidas por otros modelos sin, por tanto, excluir las posibilidades de descripción sociológica de los mismos en el marco del propuesto por Hacking. Por ejemplo, el modelo de «carrera moral» elaborado por Erving Goffman (1968, pp. 180-181) dejaba fuera de su dispositivo analítico a las personas que, uno, tenían comportamientos similares a los enfermos pero no habían sido diagnosticadas, dos, recibían tratamiento fuera de un entorno hospitalario y, tres, seguían una psicoterapia alternativa a la psiquiátrica. Dado que mi perspectiva de investigación persigue el estudio sociológico de las desviaciones corporales y alimentarias (de las que constituyen un caso posible los *trastornos alimentarios*, tal y como son médicamente cualificados y tratados), el modelo de Hacking me ayuda a integrar analíticamente casos de figura relevantes sociológicamente. Por lo demás, el modelo de Hacking se revela a la vez más preciso y más sutil que el de trastorno étnico, procedente de Georges Devereux, y que ha sido incorporado masivamente en las —necesarias y en su momento muy productivas— meditaciones sobre los trastornos alimentarios. Más preciso, ya que especifica, sobre todo a través del vector correspondiente a la polaridad cultural, cómo se puede «ser antisocial de una manera socialmente admitida y, a veces, hasta prestigiosa» (Devereux, 1973, pp. 58). Más sutil, en la medida en que prescinde de la referencia a *una* cultura homogénea y señala de manera circunstanciada, a través de la referencia a los vectores, las fuentes de estabilidad e inestabilidad de los trastornos alimentarios. En suma, la relectura sociológica de la propuesta de Ian Hacking permite plantear cuestiones más amplias que otros dispositivos de análisis sociológico sin excluir las problemáticas que plantean los mismos.

De entre las cuestiones sociológicas posibles que permite plantear el modelo de Ian Hacking, retendré, sin pretensión de agotarlas, las siguientes; cada una de tales cuestiones está ligada a uno de los vectores definidos por Hacking. La primera cuestión está ligada al vector de la taxonomía médica: ¿existen diferencias entre los grupos sociales en la utilización de categorías médicas para caracterizar las sobrepajas corporales? Mis análisis muestran que aún existen, pero que tienen tendencia a disminuir. La segunda cuestión surge del vector de la polaridad cultural: los comportamientos corporales susceptibles de ser categorizados como «ano-

réxicos» ¿producen un juicio ambivalente en todos los grupos sociales? Responderé que solo en algunos. Los comportamientos que pueden leerse como «síntomas» de trastornos alimentarios son, en las fracciones de las clases populares que he estudiado, asociados a una búsqueda *deliberada* de la belleza que merece muchos más reproches que admiración. La tercera cuestión procede del vector de observabilidad: sorprender como «patológico» un comportamiento alimentario restrictivo ¿es igualmente rápido en todos los grupos sociales? Debido al modo de apropiación corporal de los comportamientos de régimen —se verá que se trata de regímenes fundados en restricciones corporales rápidas y brutales— dominante en ciertas fracciones de las clases populares tales comportamientos son observados muy pronto: observabilidad y cultura somática de las clases populares están, por curioso que parezca, íntimamente unidas. En fin, sobre la cuestión que corresponde al cuarto vector, sostendré dos conclusiones: primera, frente a ciertos análisis negaré que existan condiciones sociales de posibilidad para la anorexia y la bulimia ligadas a la pertenencia a las clases medias y altas. Sin embargo, segunda conclusión, considero que un análisis más fino de los modos de reproducción diferencial de las clases populares podría perfilar cómo las sobrepujas corporales se convierten en algo *comparativamente raro* en sus entornos vitales; más que hablar entonces de condiciones de posibilidad, me centraré en describir una figura posible de las *condiciones de imposibilidad* de la anorexia y la bulimia.

LA UTILIZACIÓN DE CATEGORÍAS MÉDICAS PARA CLASIFICAR COMPORTAMIENTOS DESVIANTES

Lo que Hacking analizó cuando presentó este vector, fue el proceso —interno al universo científico y profesional— de establecimiento y extensión de una taxonomía médica capaz de definir como patológico un tipo de comportamiento. Esta cuestión es básica —y, en ese sentido, sería fundamental estudiar la extensión de la etiqueta «trastornos del comportamiento alimentario» entre los psiquiatras, psicólogos y médicos generalistas españoles, pero también en un archipiélago terapéutico que florece por doquier²—, pero no es la única pregunta sociológica que puede derivarse del primer vector propuesto por Hacking. Me preguntaré hasta qué punto los grupos sociales están predispuestos a utilizar las categorías psiquiátricas para gestionar problemas de desviación corporal.

Durante una entrevista colectiva con un grupo de estudiantes, Sara me explicó que tuvo anorexia. Sara tiene 20 años, mide 1,80 y está notablemente delgada; viste de manera muy elegante y tiene la reputación de estudiante «brillante» entre los profesores de su facultad. Los padres de Sara son pequeños agricultores que, con el tiempo, abrieron una tienda de comestibles. Sara, antes de salir de su

² Sobre las diferencias entre los nuevos dispositivos de salud mental y los modos psiquiátricos clásicos de gestión de la locura véase Anne M. Lovell (2004, pp. 5-10), Françoise Castel, Robert Castel y Anne Lovell (1980, pp. 206-301) y Wiliam. C. Cockerham (2000: 24).

casa para estudiar, vivió con ellos en un pequeño pueblo (5000 habitantes) de las montañas de Andalucía.

Aprovechando que sus padres estaban de vacaciones, Sara comenzó a reducir su alimentación. A la vez, continuó haciendo deporte y danza folklórica. La fuerte inversión corporal presente en su vida se incrementó, por tanto, con un drástico control de la alimentación.

Me acuerdo muy bien. Había adelgazado y en el mes de julio me compré un vestido. En el mes de agosto, el vestido me quedaba enorme. Mi madre me miró como nunca lo había hecho y me dio una bofetada. «¿Qué te pasa?», me dijo. «¿Qué me vas a hacer?». Es la única vez en mi vida en la que recibí una bofetada de mi madre. Me sentí fatal. Le dije: «Mamá, se acabó... Sé que no es normal».

Comenzar a comer normalmente no fue fácil para Sara. Su madre vigilaba su alimentación y transformó el hogar en una suerte de «institución total». «Me hacía unos chantajes terribles», concluye Sara.

Antes de 1993, Sara jamás escuchó la palabra anorexia; tampoco su madre. No está segura, pero durante ese periodo de intenso autocontrol corporal, Sara cree que perdió la regla. Ningún profesional diagnosticó anorexia, ningún próximo apuntó la posibilidad de que Sara estuviese enferma o con los síntomas de una enfermedad. Dos años después, cuando una amiga tuvo trastornos alimentarios, Sara «cayó» en que ella «tuvo» anorexia.

Podría pensarse que, en el caso de Sara, si nadie utilizó la categoría anorexia para designar su comportamiento, es porque la etiqueta era desconocida. Efectivamente, las categorías médicas penetran desigualmente en los diferentes puntos de la geografía social. Las innovaciones médicas se convierten en conocimiento profano, fundamentalmente, entre los grupos más próximos socialmente del mundo médico. Por tanto, las clases populares, al estar más lejos del mundo médico, acceden con retraso a las innovaciones, en el caso que me ocupa, psiquiátricas³.

La configuración familiar de Sara conocía ya tensiones en la gestión de la corpulencia. El padre de Sara —pequeño agricultor, hijo de campesino, convertido en pequeño comerciante— comenzó un régimen alimentario sin control médico. Se trata, explicaba Sara, de un hombre «muy coqueto» y que «vigila mucho su aspecto: odia tener barriga». La situación se convirtió en grave y su padre suspendió el régimen bajo presión médica: «Comenzó a tener vértigos, fue a hacerse análisis y el médico le obligó a comer». Sara rechaza que su sobrepuja corporal tuviera algo que ver con su padre; una y otra vez decía riendo que el problema de su padre es ser muy presumido.

Hay aquí dos ideas importantes que, por evidentes, pueden pasar desapercibidas. Primera idea: querer guardar la línea —¡aún más si se trata de un padre!—

³ Como señalaba Luc Boltanski (1974, p. 68), las normas médicas de las clases populares son como un manual de historia de la medicina.

es una coquetería y, en tanto que tal, un rasgo de frivolidad que, cuando produce molestias, sacrificios o dificultades de salud, necesita corregirse. La posibilidad de corregirlo por métodos puramente profanos —actitud de la madre de Sara con su hija— parece caer por su propio peso.

Segunda idea: dado que la enfermedad constituye una cierta condición de privilegio flibera al individuo de ciertas obligaciones sociales^{fl}, una enfermedad producida por coquetería contiene un triple privilegio; primero, privilegio de estar enfermo, segundo, privilegio de caer enfermo por una acción voluntaria y, tercero, privilegio de caer enfermo por una cuestión tan frívola como la búsqueda de la apariencia física. En ese sentido, la enfermedad no se ajustaría al modelo flque Parsons (1999, p. 411) consideraba clave en la «definición institucional del rol de enfermo»^{fl} de una «desviación no responsable»: más que enfermedad cabría hablar de riesgo elegido.

Una investigación sobre la alimentación entre las clases populares, realizada con grupos de discusión⁴, permite comprender cómo este esquema funciona entre ciertas fracciones de las clases populares de Andalucía aunque comienza a coexistir con otros. Un grupo de discusión en el que participaron pequeños agricultores de un pueblo de Andalucía⁵, mostraba bien cómo las excepciones alimentarias estaban ligadas a concesiones domésticas comprensibles solo cuando alguien está enfermo:

- M: [En mi casa] estábamos seis y ponían comida para cinco. Para uno nunca ponían comida... O sea es que no comía... Era mi hermano Agustín que como tenía anemia... En mi casa comíamos todos, estábamos seis y comíamos cinco y ponían comida para cinco, para uno [se ponía una comida especial]. Es que como no se comiera eso no comía, claro y mi hermano, como no comía, le tenías que poner otra cosa porque no comía y se moría.
- F: Bueno, pero eso ya es... asunto de enfermedad... es asunto de enfermedad.
- M: Cuando se fue a la mili pilló una anemia que se moría. Estaba acostumbrado y como no comía... y como no le daba hambre tampoco. Te digo yo que antes nos ponían lo que tenían. Antes, yo tengo unos setenta, no llego y de los de mi edad... yo en la mili

⁴ La investigación con grupos de discusión, realizada con Enrique Martín Criado, permite producir material empírico sobre, uno, los marcos interpretativos comunes a diferentes fracciones de las clases populares, dos, las diferencias internas entre las clases populares. Los grupos de discusión se abrían con la pregunta: «¿Hemos logrado tener una alimentación sana?». Los grupos debían encadenar su discurso sin intervención del moderador —o con la menor intervención posible— con el objetivo de comprobar cómo espontáneamente se negociaban los marcos de interpretación de la realidad por parte del grupo y qué temas provocaban debate en él. Los grupos debían componerse de personas socialmente homogéneas y que no se conocieran entre ellas —en contextos rurales algo muy difícil—. En total se realizaron once grupos de discusión teniendo en cuenta divisiones de género, de clase de edad, de contexto urbano y rural, así como divisiones entre mujeres adultas. Los primeros resultados de la investigación se encuentran en Martín Criado y Moreno Pestaña (2005). Cuando me refiera a un grupo de discusión señalaré en nota a pie de página las características más relevantes del mismo.

⁵ Grupo de agricultores, de 43-73 años (mayoría de mayores de 70 años), sin estudios en la mayoría de los casos, dos de ellos con estudios primarios.

era de los más altos y ahora mis hijos me llevan a mí todos una cuarta, porque la alimentación ha mejorado....

R: Porque no trabajan tampoco hombre. En mi casa yo me comía un plátano con una espuerta de estiércol con seis años.

M: ¿Cuántos plátanos y manzanas te has comido tú que no hayas cogido de tu huerta? Yo para comerme un plátano tenía que ponerme malo. Antes comía plátanos el que estaba malo.

Ciertamente, como señala el diálogo del grupo de discusión las coacciones materiales han disminuido y la disciplina en torno a la alimentación doméstica es menor. En cualquier caso, la experiencia de este grupo resulta extraordinariamente lejana de la promoción del autocontrol corporal. En primer lugar, la experiencia cotidiana del mismo impone un control doméstico muy fuerte de la alimentación: un régimen alimentario especial solo resulta concebible cuando se cae enfermo; enfermedad que como se justifica varias veces en la intervención procedía de un agente externo y ponía gravemente en riesgo al individuo —«se fue a la mili y pilló una anemia que se moría»—. En segundo lugar, los procesos de reflexividad corporal ligados a objetivos estéticos no tienen curso corriente en su existencia. El problema de los regímenes de belleza —introducido por el moderador y que, por tanto, no surgió espontáneamente en el grupo— era considerado como una «trampa»: las personas tienen una constitución específica —hay gordos del mismo modo que hay rubios— y todos los regímenes alimentarios imaginables son incapaces de modificar la morfología de una persona corpulenta:

F: ¿Usted ha visto en televisión alguna modelo que tenga 120 kilos? [...] Sale una niña como el dedo con uno setenta de altura [...]. ¿Por qué no ponéis o no ponen una como la Pepa de Simón? Una de esas así y que la vea yo ponerse como el dedo. Ahora ya sí creo yo en eso. Pero si traes a una como un junco pues como un junco está siempre.

A: (intenta contar un chiste) Allí en Jaén había un hombre que estaba gordo...

F: (cortando a A) Y gordo se tenía que haber muerto... si estaba gordo...

La única manera de adelgazar —dado que los regímenes graduados son un «timo»— consiste en dejar de comer; ahora bien: la naturaleza de las personas gordas les obliga a comer mucho. Por tanto, el régimen alimentario es esencialmente ineficaz. El cuerpo como espacio posible de un proyecto de construcción personal está absolutamente ausente del discurso de este grupo —en el que se concentran personas con edad y condición social similar a la de los padres de Sara⁶—.

Ciertamente, otros grupos de discusión —situados en contextos más urbanos y que agrupan a personas más jóvenes— produjeron discursos diferentes. En todos ellos, el problema de la anorexia —que no aparecía una sola vez en el grupo de discusión realizado con agricultores mayores— se convierte en tema de reflexión.

⁶ Lo que permite calibrar el grado de desviación que suponía el comportamiento del padre de Sara.

Así, en un grupo de discusión compuesto de mujeres trabajadoras que hacían régimen alimentario⁷, una mujer explicó que su hija pequeña —en el momento de la realización del grupo tenía 11 años— recibió un diagnóstico de anorexia con dos años («Yo creía que el médico estaba loco», señala). El grupo estaba de acuerdo con la idea de que se trata de un grave problema del que responsabilizan a los medios de comunicación y a las tallas imposibles popularizadas por las modelos. Sin embargo, persisten dos registros en torno a la actitud familiar aconsejable: por un lado, dado que la anorexia constituye un «capricho» (una «desviación responsable»), puede tratarse con métodos profanos (la madre de la niña con problemas anuncia que la obligará a comer «a bofetadas»); por otro lado, la voluntad de adelgazar se considera «normal» y su posible deriva anoréxica constituye una verdadera enfermedad (una «desviación no responsable»).

El primer registro es el que funcionó en el caso de Sara. No ha desaparecido, pero coexiste con la conciencia contradictoria de que la anorexia es un trastorno a la vez producto de la frivolidad y a la vez resultado de «algo» que escapa al control de los sujetos —una enfermedad—. Posiciones similares se establecieron en un grupo de jóvenes estudiantes universitarios⁸ y en un grupo de trabajadores de entre 30 y 50 años⁹. Las categorías médicas están cada vez más presentes; no por ello anulan esquemas de aprehensión del mundo que estigmatizan la voluntad de adelgazar y la identifican con la ociosidad, la falta de madurez y la irresponsabilidad —y que de ese modo legitiman métodos profanos de gestión de la desviación—.

La existencia de este doble registro perfila una forma de conciencia ambigua. Nadie puede decir cómo se resolverá esa ambigüedad, si persistirá o si se acabará y se desnivelará en favor de uno de los polos de tensión que la constituyen. En cualquier caso, resulta difícil concebir que, si se desnivelara y un polo de la ambigüedad eliminara el otro, la prioridad positiva pudiera recaer en el polo que considera los trastornos alimentarios como una frivolidad. La estigmatización de la gordura —con la consiguiente tensión estética que impone—, el conocimiento sobre los trastornos alimentarios y la propensión de los médicos a diagnosticarlos están cada vez más presentes entre los sectores populares. La taxonomía médica puede así, cada vez más, convertirse, en recurso cotidiano con el que descifrar las sobrepujas corporales desviantes.

Los vectores de un *nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria* pueden concebirse, cada uno de ellos, como un umbral de entrada en la enfermedad; cuando se atraviesan, la enfermedad se ha instalado y las posibilidades alternati-

⁷ Mujeres que llevaban o habían llevado una dieta de reducción de peso durante un tiempo continuado —al menos un mes—, con edades comprendidas entre 39 y 50 años. La mayoría eran amas de casa con dos trabajadoras —empleada de hogar, vendedora de cosmética—.

⁸ Estudiantes universitarios que, procedentes de fuera de Granada, vivían en ese momento en pisos de estudiantes. Sus padres son obreros y empleados, con estudios no universitarios.

⁹ Trabajadores asalariados manuales (en un caso, convertido en pequeño propietario de un negocio familiar), casados con hijos, alguno de ellos con estudios medios.

vas de denominación y gestión del comportamiento quedan abolidas. Todavía de modo precario, el umbral configurado por las taxonomías médicas impregna con fuerza la conciencia de los sectores populares que he estudiado: resulta más fácil que alguien las utilice para caracterizar su control rígido de la alimentación y que quienes le rodean lo hagan.

Hasta aquí he tratado cómo entre las clases populares se codifican las sobrepujas corporales y qué lugar tiene en ellas el conocimiento, procedente del mundo experto, acerca de los trastornos alimentarios. Cabe preguntarse por la cuestión inversa: ¿cómo se codifican, desde el mundo experto, las sobrepujas corporales de las personas que proceden de las clases populares? Efectivamente, la cuestión no tiene una respuesta evidente. Considero que cabe plantearla como una de las cuestiones que el segundo de los vectores del nicho ecológico de los trastornos alimentarios genera a la descripción sociológica. Al fin y al cabo, los significados asociados al trastorno por el mundo experto proporcionan oportunidades a los individuos para fraguarse una identidad (Hacking, 2004: 285).

LA POLARIDAD CULTURAL O LA DIFERENCIA DE VALOR DEL VEHÍCULO EN EL QUE SE REALIZA EL VIAJE

Ian Hacking (1998, pp. 65-89) explicaba que, sin comprender las posibilidades ambiguas proporcionadas por la ruptura de la identidad estable, no se entendía la epidemia de personalidad múltiple en EEUU. Por una parte, la personalidad múltiple responde a las celebraciones posmodernas de la falta de identidad; por otra parte, en tanto que está considerada como respuesta ante un trauma, posee las características morbosas ligadas al abuso sexual contra los niños.

Para generar dispositivos de trabajo sociológico a partir del vector especificado por Hacking, es necesario preguntarse cómo una enfermedad puede, por un lado, constituir un vehículo social atractivo para un grupo de personas, por otro lado, cómo puede resumir los significados negativos de un entorno cultural y social.

Precisaré qué entiendo sociológicamente por vehículo. Para explicar la trayectoria de un individuo, Pierre Bourdieu (1997, pp. 74-83) utilizaba la metáfora del metro. Los agentes sociales se encuentran en un punto del trayecto; a partir de ese punto disponen de una visión de su futuro posible en forma de trayectos alternativos; esa visión condiciona las elecciones específicas de trayectos realizadas por el individuo, así como las líneas de metro que rechaza.

Jean-Claude Passeron (1991, pp. 190-191) señalaba que la perspectiva de Bourdieu olvida el estudio de los vehículos en los que viajan los individuos. Para explicarse, recuerda una imagen de Schumpeter: las clases sociales son como autobuses —los trayectos de autobús son más inestables que el plano del metro y, por tanto, representan mejor la cartografía de destinos sociales— que no transportan siempre a los mismos viajeros. Por tanto, en primer lugar, los vehículos son irreducibles a los viajeros que entran y salen de ellos y, en segundo lugar, los vehícu-

los cambian su cotización social según las características de los viajeros que entran y salen de los mismos.

La precisión es necesaria para comprender qué tipo de vehículos sociales son la categoría «anoréxica» y la categoría «bulímica».

Julia es profesora de universidad e hija de una costurera y de un policía municipal. Su abuelo paterno era pescador, el materno era albañil. Julia se considera hija, según sus palabras, de la «clase media-baja». Dos circunstancias, sin embargo, modificaron el destino social de su familia. Tras la llegada masiva de la izquierda a los ayuntamientos andaluces después de las primeras elecciones democráticas, el padre de Julia se convirtió en alguien próximo del alcalde de su ciudad. Además, Julia reside en un barrio de clase media. Dos años después de una sobrepesa corporal, una amiga de su madre —esposa de un psiquiatra— la llevó al despacho de un psiquiatra reputado. Julia conocía ya algunos libros sobre la anorexia:

Julia: Me dijo que tenía anorexia. Yo lo sabía porque había leído libros.

JLMP: ¿Qué impresión te daba?

Julia: Era una sensación un poco morbosa. Un secreto. La sensación de que éramos raras, diferentes...

JLMP: Especiales...

Julia: Sí. Era una cosa que les pasaba a mujeres con un perfil... inteligente, perfeccionista. Yo me decía: es verdad, yo soy así.

He mostrado en otro texto cómo el funcionamiento práctico de la distinción entre anorexia y bulimia — funcionamiento derivado, en buena medida, de las descripciones realizadas por los especialistas—, contiene, más allá de clasificaciones clínicas que no cuestiono, proyecciones sociales repletas de etnocentrismo de clase (Moreno Pestaña, 2005, pp. 130-137). La probabilidad de merecer la clasificación de bulímica, si se procede de clases populares, me pareció mucho más alta que la probabilidad de merecer la clasificación de anoréxica —sin que existiesen diferencias en las prácticas de autocontrol corporal empleadas respecto a otras pacientes procedentes de clases privilegiadas—. En su análisis de las clasificaciones que funcionan en un dispositivo hospitalario, Helen Gremillion (2003, pp. 157-175) muestra la manera en que los estereotipos sobre la anorexia (fundados en distinciones étnicas y de clase) dividen a la población usuaria. Así, las pacientes procedentes de clases trabajadoras o de etnias no blancas son clasificadas como pacientes *borderline*: las descripciones que realizan los profesionales de su comportamiento muestran la misma tendencia a, primero, naturalizar en la economía psíquica del agente y, segundo, a estigmatizar, pautas de comportamiento vinculadas al origen popular de las pacientes *borderline*, que yo he encontrado en mi trabajo de campo pero con la división anorexia/bulimia como matriz.

Este dispositivo discursivo ha surgido en los materiales recogidos durante mis entrevistas. Ellen, una de las personas a la que entrevisté —hija de profesor de universidad, militante del movimiento gay, artista y estudiosa de los trastornos ali-

mentarios— me puso en contacto con personas que decían haber sufrido anorexia. En la entrevista con Nadia —hija de profesores de universidad, militante de la causa homosexual y artista—, esta me explicó que se consideró anoréxica después de haber escuchado a Ellen valorizar la anorexia como búsqueda de la indefinición corporal y de la subversión de los roles sexuales. Nadia me puso en contacto con otra chica, también artista, que igualmente se reivindicaba antigua anoréxica. En la inmensa mayoría de los relatos que he recogido, las personas, hayan sido diagnosticadas o no, fueron capaces de reconstruir una serie de acontecimientos que permitían señalar, uno, la existencia de sobrepajas corporales muy intensas, dos, la experiencia de graves deterioros físicos y psíquicos ligados a las mismas. En el material que recogí con Nadia puedo identificar —con algo de esfuerzo— semejante secuencia biográfica. En la última persona con la que me puso en contacto, fui incapaz. Concluí que existen espacios sociales y profesionales en los que confesarse anorexia es una especie de «estigma» de privilegiados.

El lado positivo de la polaridad cultural muestra cómo las construcciones del mundo terapéutico pueden facilitar un proceso de construcción de identidad de personas situadas en ciertos puntos de un recorrido social y profesional. Entre ellas, sin duda, investigadoras que, a partir del capital de identidad («soy yo quien lo digo») que proporciona haber experimentado el trastorno, se convierten en participantes en el mercado concurrente de discursos —el mío entre ellos— que florece en torno a los trastornos alimentarios¹⁰. Esta dimensión, pues, contiene posibilidades de promoción profesional y de adquisición de capital simbólico que hacer jugar en ciertos ámbitos del mundo de la producción cultural —incluido el de la universidad—.

La conjunción de las características sociales de la población que experimentó anorexia, la certificación de las mismas en un lenguaje clínico sociocéntrico y la apertura de una amplia panoplia de discursos al respecto han abierto, respecto a este trastorno, una nueva línea de metro —de acuerdo a la imagen empleada por Bourdieu— que no lleva a los peores lugares de la economía de bienes simbólicos. (Modificando una fórmula de Bourdieu —1988, p. 160—, podría decirse que no hay nada mejor para enaltecer un estigma como adquirirlo por un patricio.) O, por recuperar la apreciación de Passeron, se ha habilitado un autobús que, cuando se toma desde posiciones sociales privilegiadas, permite un recorrido distinguido.

Cuando los pasajeros de ese autobús proceden de las fracciones de clases populares que he investigado, el recorrido no lleva hacia las mejores posiciones de

¹⁰ Un caso paralelo al de Ellen es, según parece, el de Martha McCaughey (1999: 133-155) —doctora en Sociología por la Universidad de California, Santa Barbara y profesora de *Women's Studies* en Virginia. Como Ellen, explica que su anorexia comenzó como respuesta al acoso sexual de unos jóvenes; además, la anorexia tiene una función de subversión de los roles sexuales y en absoluto depende, como señalan otras teorías, de la complacencia ante la mirada masculina; en fin, la búsqueda de la invulnerabilidad es el efecto que proporcionan las técnicas de autocontrol corporal. Uno de los modos de precisar sociológicamente las dimensiones de este vector es el análisis de las modalidades de autoconfesión que se multiplican respecto a la anorexia. Lo realizaré en otro trabajo.

la economía de bienes simbólicos de su entorno. Por una razón: la anorexia es atribuida a objetivos prosaicos. Juana, hija de un obrero que vive en una ciudad andaluza de menos de 20.000 habitantes, fue hospitalizada con diagnóstico de anorexia. Pese a un origen social muy modesto, Juana recibió un fuerte estímulo paterno para perseguir una movilidad social ascendente (hoy realiza estudios de ingeniería informática). Cuando comenzó su carrera de autocontrol corporal, la anorexia no simbolizaba para Juana ninguna cualidad extraordinaria:

Yo lo veía [como algo] de niñas tontas que lo que quieren es ser modelos y todo el mundo no va a vivir del físico ¿sabes? Yo veía a las anoréxicas como ingenuas de la vida, como poco realistas. Yo pensaba: «Tía, acéptate. Todo el mundo tiene sus cosas buenas y sus cosas malas».

Yolanda, hija de un obrero que vive en una ciudad de 10.000 habitantes, seguía en el momento de la entrevista un tratamiento de anorexia desde hacía cinco años. Su pueblo, según Yolanda, estaba «repleto de anoréxicas». La causa es, a ojos de Yolanda, bien vulgar: «Hay mucha tontería. Hay mucho dinero y a la gente le gusta un montón presumir».

Las fuertes inversiones corporales están unidas en ciertas fracciones de las clases populares a un deseo —legítimo únicamente en una cierta clase de edad— de visibilidad en el mercado sentimental y matrimonial. Un grupo de discusión realizado con jóvenes estudiantes de instituto¹¹ en un pueblo de 10.000 habitantes circunscribe el deseo de adelgazar a la búsqueda de un novio y/o un marido; una vez que esto sucede la preocupación por la corpulencia disminuye:

—Yo creo que cuando [una mujer] se va a casar ya le da más igual todo [la presión por ser atractiva].

—¿Y cuando tienes ya novio? Porque yo tengo ya novio y ya me da igual, ya lo tengo pillado [...].

—(Risas)

—Será porque cuando te echas novio ya te vas todas las noches a comer por ahí a los bares, y ya engordas a la fuerza [...].

—Cuando tú ya sabes que tienes tu pareja ahí, segura, ya no te preocupas tanto por [la apariencia física].

Como puede comprobarse, en las clases populares es más difícil encontrar, asociados a la anorexia, valores distintos a los de la búsqueda de la visibilidad en el mercado matrimonial y sexual. La posibilidad de asociar características sublimes a la anorexia parece aumentar con el nivel social y con la pertenencia a los sectores más dotados de capital cultural de «vanguardia». De mis entrevistas, pueden

¹¹ Hijas de padres obreros y agricultores —excepto en un caso, agente comercial— y de madres amas de casa, con gran mayoría de estudios primarios y en dos casos con, bien el padre, bien la madre, estudios secundarios.

extraerse tres formas fundamentales de «culto» a la anorexia. En primer lugar, la anorexia identifica a una población dotada de atributos de excelencia (las palabras de Julia, que no son las únicas que he recogido con ese sesgo, son un ejemplo). En segundo lugar, la anorexia está ligada desde hace mucho tiempo a un modelo de belleza mórbida al margen de la norma dominante, pero no por ello menos institucionalizado en el menú de posibles femeninos. Rosana, en tratamiento por anorexia desde hace tres años, hija de un obrero convertido en un gran empresario de la costa andaluza, considera que la anorexia proporciona algo de «singular»:

Me gusta sentirme frágil. Sé que eso no le gusta a los tíos, pero me da igual. Encontrarme un poco frágil, en los huesos; eso me da más seguridad y, no sé, belleza. Me gusta el auto-control, el sentido de la fragilidad. Y ¿por qué no? Estar enferma.

En tercer lugar, la anorexia puede caracterizar un modelo de subversión de los roles sexuales unido, en ocasiones, a un proyecto radical de innovación corporal de pretensiones artísticas. En el universo artístico, la vida individual, concebida en ocasiones como la construcción de una leyenda, es un instrumento fundamental para la valorización de los agentes.

Ninguno de estos tres criterios de exaltación de la anorexia apareció en los materiales recogidos en mis investigados de origen popular. En ese sentido, cabría corregir a Hacking. Podrían describirse las categorías psiquiátricas como autobuses en los que viajan los individuos: dependiendo del origen social de la población que entra en ellos, se les adscriben significados distintos a los vehículos. Los recorridos que proporcionan son, así, más o menos provechosos en función de los mercados sociales en los que se desenvuelven los sujetos. Por tanto, no puede hablarse de una única polaridad cultural para el conjunto de una sociedad.

O, al menos, no aún. Hoy, cuando una persona entra dentro de la categoría «anorexia» procediendo de medios modestos, no se beneficia de la estética de la anorexia presente entre los culturalmente dominantes¹². El polo positivo de la polaridad cultural es muy débil aún entre las clases populares. Además, como indiqué más arriba, los modelos de comportamiento característicos de las clases populares no ayudan a la clasificación, por parte de los especialistas, entre las verdaderas anoréxicas. En la vida cotidiana de las clases populares, la designación carece de «aura» —volveré sobre esta cuestión crucial más adelante—; entre los especialistas, el origen popular no facilita obtener la designación «anorexia»¹³. Este umbral de entra-

¹² Goffman (1973: 349-350) advirtió esta cuestión y explicó cómo la posesión de recursos sociales y simbólicos permite manejos de la «enfermedad» absolutamente distinguidos y espectaculares.

¹³ Cabe precisar distintas fracciones entre los especialistas. Según he observado en mi trabajo de campo, aquellos que funcionan como empresarios de moral de los trastornos alimentarios tienen tendencia a un uso inflacionista de las categorías: la anorexia estaría en todas partes sin distinción de edad, de clases sociales o de géneros. En ciertos casos, este uso inflacionista se acompaña de discursos fundados en las raíces biológicas de la anorexia. Sirva esta indicación para introducir una cuestión que exigiría un desarrollo mucho más amplio.

da en los trastornos alimentarios es más penoso de franquear cuando se atraviesa procediendo de las clases populares.

UNAS DESVIACIONES RÁPIDAMENTE DESCUBIERTAS

La constitución de un *nicho ecológico para una enfermedad mental transitoria* exige que los comportamientos «patológicos» puedan ser descubiertos. En efecto, una de las enfermedades estudiadas por Hacking, la epidemia de fuga, no fue diagnosticada en Estados Unidos debido a la falta de control estatal de los movimientos de población. En Francia, sin embargo, la conscripción militar obligatoria exigía que los ciudadanos informasen a las autoridades de sus movimientos. La detección de los individuos que serán incluidos dentro de la epidemia de fuga se volvía posible; estos pasaron desapercibidos en Estados Unidos disueltos dentro de los movimientos de población animados («Go west, young man») por la cultura norteamericana (Hacking, 2002, p. 143).

Extraeré de este vector una pregunta sociológica distinta a la que organiza el análisis de Hacking. Más que estudiar los dispositivos estatales de visibilidad y de control, me concentraré en cómo la diversidad de culturas somáticas entre los grupos sociales impone procesos de visibilidad social diferentes de las desviaciones (Darmon, 2003, p. 181).

En mi trabajo de campo, la posibilidad de ser designado como desviante a causa de una sobrepuja corporal me ha parecido especialmente fuerte entre ciertas fracciones de las clases populares. Presentaré dos casos. En ellos, primero, se observa una configuración familiar de origen particularmente lejana de las normas somáticas dominantes, segundo, una interiorización de pautas somáticas contradictorias con los objetivos corporales deseados, tercero, una visibilidad particularmente intensa de cualquier sobrepuja corporal que facilita una designación de la misma como desviante.

Una reconversión somática espinosa

María José (30 años, actriz) nació en una ciudad media de la costa andaluza; es hija de un pequeño funcionario sin estudios y de un ama de casa y nieta de campesinos económicamente muy modestos. Entre las claves de su trayectoria, María José distingue una relación temporal respecto al futuro cargado de miedo al riesgo. Esta relación con el futuro procede, según ella, de una fuerte influencia religiosa en su educación. Esta se manifestaba en un espíritu de ayuda a los demás (María José recuerda que deseaba ser monja misionera) y en una conciencia de que la vida terrena estaba cargada de sufrimiento:

[Yo quería] hacer todo lo posible para que el camino [de la vida] te llevara al cielo. Y si ese camino te daba sufrimientos [había que seguir en él], en contraposición al camino de rosas que era el que te llevaba directo al infierno. El camino en la tierra era espinoso, era el camino que quería, quería sufrir.

La conciencia del sufrimiento se compone con momentos en que las posibilidades de salir de su entorno se abrieron a ella. Uno esos momentos, aconteció con la entrada en el instituto. Allí, conectó con gente socialmente diferente y culturalmente estimulante:

En el instituto se me mezcló toda esa necesidad de medios espirituales con el [deseo] de alcanzar un estatus social. Me acuerdo de un día que subimos a la sierra, pero a verla, y eso, no a esquiar ni nada, y cuando yo veo eso, cuando yo veo el mundo que ahí había, que era tan distinto al mío cotidiano, tan artificial y al mismo tiempo tan... [expresión de admiración], yo decía: «Yo tengo que estudiar lo que sea para llegar aquí [...], yo quiero estar, yo quiero tener esas posibilidades, y ya, una vez que esté ahí tomar las medidas necesarias o pronunciarme en otro sentido...». Yo creo que ese día, que yo no sé qué día sería, decidí que quería estudiar medicina.

En el instituto, María José comenzó a preocuparse por su alimentación. En su casa, que en ese aspecto se asemeja a las fracciones menos invadidas por las preocupaciones estéticas de las clases populares, la madre de María José estaba, según sus palabras, «obsesionada» por alimentar con abundancia. «La comida, entre nosotros, está ligada siempre a la protección y al calor... Es la comida, siempre, la que nos reúne». Pese a preocuparse por su alimentación, María José no pretendió nunca cambiar los modelos alimentarios de su madre. María José es extraordinariamente lúcida acerca de cómo su entorno familiar le dificultaba la competición corporal con sus compañeras procedentes de otras configuraciones familiares. En estas, la preocupación por la dieta era más *oficial*:

[Había chicas] que terminaban con una obsesión por la comida, pero como más oficial. Las madres las tenían a dieta, y... «verás como la dieta del melocotón, pues se adelgazan dos kilos en una semana». [...]Entonces yo tenía control sobre la comida pero dentro de una cosa normal. Por ejemplo: pues no compraba ni revistas de dietas ni... tenía a lo mejor problemas con la ropa que me ponía. En verano, por ejemplo, me ponía cualquier cosa que a mí me divirtiera.

Pese al carácter no oficial de su regulación, María José consiguió reducir su peso y configurarse durante un cierto tiempo una silueta a su antojo. Ese autocontrol no logró estabilizarse, pero constituye un momento clave en la larga historia de las discontinuas sobrepujas corporales de María José. Estas, cuando se analizan diacrónicamente parece como si, hubieran producido, uno, una sensación de éxito y dos, una especie de «memoria corporal» que puede ser reactivada en un contexto diferente. La disposición al autocontrol corporal no fue interiorizada,

cierto: fundamentalmente, por la incapacidad de modificar un entorno familiar en el que esa disposición pudiera funcionar de un modo oficial, es decir, reconocida como legítima. Sin embargo, el éxito momentáneo y la experiencia corporal del autocontrol persistieron como un posible logrado: el individuo se probó que modificar su cuerpo no era solo un deseo; también era una posibilidad práctica. Posibilidad vivida, apropiada sensiblemente, que dejó su marca en las sensaciones corporales. María José, por ejemplo, no estabilizó su silueta, pero recuerda que, durante el tiempo de su autocontrol juvenil, comenzó a admirar su clavícula y a luchar contra el hambre.

María José comenzó estudios de medicina; los abandonó al conocer a un grupo de teatro que le mostró su verdadera «vocación». En ese momento, las pautas alimentarias familiares se convirtieron en una amenaza para los objetivos corporales de María José. Cada fin de semana que pasaba en su domicilio familiar, María José temía engordar: la preferencia familiar por la cocina muy preparada y por la carne se conciliaba mal con su intento por ingerir alimentos ligeros y por cocinar sin excesiva condimentación. Las prácticas alimentarias de María José continuaron sin ser «oficiales». Lograrlo, por una parte, hubiera exigido luchar contra su madre, algo que se contradice con la tendencia, que María José considera parte central de su personalidad, a ponerse siempre en el lugar de los demás. Por otra parte, los gustos alimentarios domésticos estaban depositados en María José. Luchar contra la alimentación materna, era, pues, luchar contra una parte de si misma.

María José consiguió una beca para estudiar en una escuela de arte dramático. Momento en que se separa de su familia; momento también en que comienza a vomitar. En su discurso, comer está ligado al calor; vomitar, por el contrario, se relaciona con el frío, la libertad y la aceptación del riesgo. En su experiencia concreta, vomitar representa una formación de compromiso entre dos exigencias: una relación incorporada con los alimentos —reforzada y mantenida en la vida familiar— y un pánico muy fuerte al efecto que esa relación produce en su cuerpo: la comida es una «especie de monstruo, un *Alien* o algo ahí, que se te mete, entonces, le tienes tanto pánico a que te posea en cierto modo...»¹⁴.

Dentro de su espacio doméstico, María José no encontró un lugar para su proyecto corporal. Lo encontró, sí, en su propio cuerpo, pero haciéndolo convivir con los gustos que incorporó en su domicilio familiar. El cuerpo *oficial* en su familia entra en disputa con el cuerpo *oficial* del mundo al que María José quería llegar —que

¹⁴ Bourdieu (1992: 173-174) compartía con María José la apreciación de que el monstruo creado por Ridley Scott ejemplificaba bien las claves sociales de nuestras angustias. Respondiendo a Lóïc Wacquant sobre el dispositivo de investigación que daría lugar a *La misère du monde*, señalaba: «Procedemos a entrevistas muy en profundidad que intentan ayudar a las personas interrogadas para que descubran y muestren los principios profundos de sus dramas extremos o de sus desgracias ordinarias; a permitirles liberarse de esa realidad exterior que, al modo del monstruo *Alien*, los habita y les obsesiona y los agarra desde el exterior, desposeyéndoles de la iniciativa de su existencia. *Alien* es una especie de mito moderno que ofrece una buena imagen de lo que se llama *alienación*; es decir, de esta presencia de la alteridad en el corazón de la subjetividad».

en su memoria se relaciona con una decisión mítica: la que tomó el día que *subió* a la montaña—. En el momento de nuestra entrevista, María José había decidido ya qué mundo prefería. Pero en él, en el *Nostramo* (carguero espacial en el que la tripulación encontró al «octavo pasajero») en el que deseaba viajar con una de las fracciones de las clases medias, su clase de origen seguía presente, ahora, en forma de «monstruo» que amenazaba con poseerla a través de las ganas de comer.

Dos mundos que dividen dos modelos corporales. Cada uno de esos modelos divide el conjunto de escenas en las que se desarrolla la vida de María José. Escenas que, por una parte, representan a la clase de origen, por otra parte, a la clase de destino; clase en la que María José se desenvuelve cotidianamente, pero sin haberse *instalado* del todo: una poderosa disposición de su propio cuerpo se lo recuerda al menor desfallecimiento.

Cuando se procede de fracciones de las clases populares similares a las de María José, cualquier regulación corporal resulta sancionada. En el caso de María José, por ella misma: sabe que sería el valor del trabajo de su madre, el que quedaría impugnado si ella rechazase su comida. La pluralidad de proyectos corporales no tiene lugar en la economía simbólica de la familia; quizá —dado que la homogeneidad del menú puede ser *también* un imperativo derivado de la modestia de recursos económicos— tampoco en la economía monetaria. Resulta muy fácil que en ese contexto, una sobrepuja corporal sea visibilizada como desviante. Semejante visibilidad puede movilizar un proceso de corrección al que puede serle de gran utilidad el uso profano de las etiquetas que popularizan las categorías clínicas de anorexia y bulimia.

Las censuras para buscar la belleza

Conocí a Olga gracias a Pedro, su marido. Este fue a la asociación de ayuda contra la anorexia para hablar de su mujer, entonces internada en una clínica. El marido de Olga (42 años) era una persona fuerte y corpulenta que miraba a los ojos durante la conversación y que no dudaba en exigirle a la psicóloga que se explicase mejor: «Yo soy un currante», decía. Pedro se quejaba con amargura de la anorexia de su mujer. Era su segundo matrimonio y decía no querer «cargar con una persona inmadura que no sabe disfrutar de la vida. No quiere vivir en un pueblo pequeño, pero he trabajado mucho para tener lo que tengo. Pero bueno, es la madre de mis hijos. Además, la hospitalización me ha costado un montón de dinero». Fui a ver a Olga al pueblo en el que vive. Olga trabajaba en el supermercado que su marido tenía en régimen de arrendamiento. No me costó demasiado trabajo identificar a Olga. Entre las otras trabajadoras, destacaba por su aspecto: cabellos cortos teñidos de azul, pantalones ajustados y una definición corporal más próxima de las jóvenes estudiantes de una ciudad universitaria que del estereotipo que tengo de una mujer casada y con dos hijos que vive en un medio rural.

Entramos en casa de Olga y realizo la entrevista con ella y su marido. Olga estaba muy nerviosa y la conversación fue extremadamente tensa. Ella miraba mu-

cho a Pedro que acompañaba con suspiros de desaprobación cada pregunta a propósito de las prácticas alimentarias de Olga. Después de la entrevista, en un ambiente mucho más relajado, me invitaron a comer. Mientras Olga preparaba la comida, Pedro me enseñaba la casa, los terrenos que había adquirido y sus perros. Cuando me preguntaron qué comía, Pedro me miró irónicamente y me dijo: «¿Tú comes normalmente?», sugiriendo que estaba demasiado delgado para ser un hombre de mi edad. Olga comía distinto que Pedro y sus cuatro hijos: evitaba las grasas y se concentraba en una gran ensalada.

Expliqué más arriba que Olga tenía miedo de que su matrimonio la hiciese engordar. Una vez casada con Pedro, Olga comenzó a encontrarse gorda cuando iba a las tiendas de ropa. Comenzó a restringir su alimentación, lo que desencadenó los reproches de Pedro: «No comía lo mismo que nosotros y yo pensaba que hacía un régimen». En su hogar, el comportamiento de Olga fue rápidamente señalado como desviante: era el caso embarazoso de una madre que daba a sus hijos lo que no quería para ella. Nótese que Olga no era capaz de imponer su norma dietética en la familia. Al contrario, la comida familiar situaba a Olga en situaciones angustiosas: tanto con la madre de Pedro, como con Pedro y sus hijos; ir a comer, por ejemplo, a un restaurante chino con su familia causa aún un miedo intenso a Olga. En toda la conversación, Olga no acude a un sólo argumento de salud para defender sus prácticas alimentarias. En un momento, le pregunto si alguien le había señalado una subida de peso. La respuesta es muy significativa de la «ilegitimidad» que Olga asocia a sus motivaciones para restringir la alimentación.

No, jamás tuve problemas. Quizá cuando era joven alguien me dijo: «Vaya piernas que estás echando». [Baja el tono de voz]. «¡Ay, Dios mío, no voy a gustarle a nadie!». [Retoma el tono normal]. Todo esto es muy complicado.

La búsqueda de la belleza implica una segunda práctica desviante. Si el matrimonio «engorda», es porque supone el fin de la tensión por la visibilidad en el mercado sexual. La preocupación corporal de Olga parece significar que ella no cerró todos los posibles en ese terreno. De este modo, Olga se convierte en desviante respecto a las definiciones de las clases de edad dominantes en su medio social; cuando va a las tiendas de ropa, Olga siempre escoge tallas menores de las que escoge su hija: no busca pues entre el vestuario de su franja de edad sino entre el de las franjas adolescentes.

Todo medio social ofrece un catálogo de desviaciones legítimas e ilegítimas. Perfilarlas es fundamental para comprender cómo las culturas de grupos y fracciones de clase permiten ciertas prácticas desviantes y proscriben radicalmente otras. Cuando Olga se refiere a sus prácticas anoréxicas, las hace depender del consumo de cocaína. La droga, consumida por Olga y Pedro con abundancia, «hace adelgazar mucho», me decía. La cocaína permitía no comer durante días (Olga cita tres días como máximo). Uno de los efectos de la cocaína —la pérdida de apetito— fue codificado dentro de las prácticas de regulación corporal —a la vez, Olga

rechazaba el hachís que le aumentaba el apetito—. La cocaína, por lo demás, era algo susceptible de ser presentado públicamente en el contexto cotidiano de Olga.

Olga y María José no pudieron, en un segmento básico de sus contextos cotidianos, incluir sus prácticas corporales de manera pública. Por tanto, pusieron en funcionamiento prácticas desviantes —ambas empleaban el vómito, Olga, además, la cocaína—. Con ello, intentaban controlar los efectos corrosivos que sus modelos corporales introducían en sus respectivas configuraciones familiares. Al ser clasificada como anoréxica, Olga consiguió una cierta comprensión de su marido: «Yo no sabía que esto era una enfermedad», me explicaba Pedro. Olga evitó así la acusación de ser una «mala» madre (que da a sus hijos lo que no quiere para sí misma) y una «mala» esposa (que no ha cerrado aún la búsqueda de la visibilidad corporal y que no ha aceptado la sentencia de que «el matrimonio engorda»). Desde entonces, Olga comía, en tanto que enferma, un menú diferente a su familia.

En ambos casos, la ruptura con la cultura somática del grupo familiar impedía un autocontrol corporal oficial. Esta ruptura, en las clases populares analizadas, es legítima en una clase de edad, pero siempre con la condición de que sea temporal. Por una parte, estas prácticas corporales, al no ser públicas, dan lugar a comportamientos más desviantes que los derivados de un régimen alimentario y corporal público y legitimado¹⁵. Por otra parte, el cuidado de la silueta corporal supone el cuestionamiento práctico del principio de conformidad con el grupo. La conjunción de este principio de conformidad y de prácticas de restricción extremas, produce, primero, alertas rápidas ante cualquier desviación, segundo, dados los modos de regulación de la corpulencia empleados, la posibilidad de calificarlos como patológicos. Si ese proceso de estigmatización de la desviación encuentra el apoyo de una categoría médica (algo que hoy es cada vez más fácil), puede derivar rápidamente en un circuito institucional de gestión de la enfermedad. En este tipo de configuración familiar, no parece difícil pensar que el umbral representado por el vector de la visibilidad está muy abierto.

LAS CONDICIONES SOCIALES DE IMPOSIBILIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS. CÓMO DEFENDERSE, SIN OLVIDARLA, DE LA IMPOSICIÓN ESTÉTICA

En su análisis de la epidemia de fuga, Ian Hacking explicaba cómo el origen social de los agentes clasificados proporcionaba muchas pistas sobre uno de los componentes fundamentales de los nichos ecológicos. Las personas que «tomaron» el

¹⁵ Yolanda explicaba que antes de ser clasificada como anoréxica, no pudo tener en su casa un plato especial. Para adelgazar, hacía deporte y dejó de comer. Yolanda argumentaba que aprendió a comer «bien» —esto es, a comer sin engordar— en las actividades de la asociación de ayuda contra la anorexia. De este modo, adquirió la norma dietética legítima que, al menos respecto de sí misma y gracias a la legitimidad de «estar enferma», consiguió imponer en su casa. En el grupo de discusión realizado con jóvenes universitarios procedentes de clases populares, «dejar de comer» aparecía como la práctica de restricción a la vez más irracional y más extendida.

camino de la fuga estaban situadas en posiciones ambiguas en el espacio social. No eran vagabundos (no puede uno fugarse si carece de domicilio), tampoco campesinos o granjeros, tampoco trabajaban en una fábrica, pero no por ello eran miembros de las clases medias y superiores. Los individuos que se «fugaban» eran trabajadores que disponían de una cierta autonomía (empleados del ferrocarril, pequeños tenderos, carpinteros, cristaleros, sastres o zapateros), incapaces de gestionar su vida cotidiana y con ganas de escapar de la misma. Para ello, no disponían de otra salida que la que «proponía» la enfermedad mental que, de este modo, les concedía una libertad que relajaba su sufrimiento diario (Hacking, 2002, pp. 115-117). La fuga les daba a estos trabajadores la posibilidad de hacer lo que hacían los vagabundos sin obligaciones sociales o los burgueses que se relajaban con el turismo.

En este punto, Hacking plantea uno de los puntos sensibles de cualquier acercamiento sociológico a la enfermedad mental: ¿qué relevancia tiene el reclutamiento sociológico de las personas encuadradas por los dispositivos de enfermedad mental? Respecto a los trastornos alimentarios, ¿en qué lugar del espacio social resulta factible desarrollar prácticas susceptibles de ser consideradas anoréxicas o bulímicas? Tales prácticas de sobrepuja corporal, ¿son susceptibles de realizarse en todos los puntos de la geografía social o la desigual dotación de capitales permitiría a unos grupos sociales realizarlas y a otros no?

Muriel Darmon, en un trabajo que considero de una riqueza notable, se ha arriesgado a responder. Para ello, no ha tomado, me parece, el mejor de los caminos. En su dispositivo de análisis, los datos epidemiológicos respecto a la anorexia (predominio femenino, edad adolescente y origen social medio y superior) se asumen como descripción de las propiedades estructurales típicas de la población; posteriormente, y a partir de un corpus de entrevistas socialmente homogéneo (clases medias y superiores), cuyas conclusiones se analizan fundamentalmente a partir de la cartografía de gustos utilizada por Bourdieu en *La distinción*, considera que las personas con anorexia constituyen una suerte de condensación psicosociológica de su lugar en el espacio social: competitividad, obsesión por el status representado por el cuerpo y la cultura, etc. De este modo, Muriel Darmon (2003: 249) se propone dibujar «las condiciones sociales de posibilidad, necesarias pero no suficientes» de la actividad anoréxica. Efectivamente, con un dispositivo de razonamiento sociológico que incluye, primero, la asunción acrítica de los datos epidemiológicos, segundo, un corpus de entrevistas cortado al talle de dichos datos y, tercero, una obra sociológica de referencia, construida, fundamentalmente, a partir de un teoría de los grandes capitales (caso de *La distinción*¹⁶) no se ve cómo podría corregirse el marco de partida (configurado por unos datos epidemiológicos a los que confirman en espejo un dispositivo de entrevistas y una obra teórica).

¹⁶ Me parece que el concepto de «miseria de posición», empleado por Bourdieu en *La misère du monde*, habría permitido otro marco de razonamiento sociológico.

En lo que respecta a las clases populares, Muriel Darmon remite a tesis sociológicas extendidas y que consideran que, entre las clases populares, la persecución de la distinción corporal no tiene curso cotidiano. Ciertamente, estas tesis contiene una parte de razón: en el terreno corporal, las clases populares cierran antes su universo de posibles que las clases medias y superiores. Pero que lo cierren no quiere decir que lo olviden completamente. Como señalé respecto de María José, una experiencia corporal gratificante puede permanecer como un pasado que aún interpela el presente y que, en ciertas ocasiones o circunstancias, puede reactivarse en el futuro. Si se olvida esto, uno tiende a identificar el cierre de posibles corporales con las prácticas de duelo necesarias para olvidar completamente los modelos corporales abandonados. Las clases populares se piensan así de una manera notablemente chata; por retomar una fórmula de O. Schwartz (2002, p. 484), se empieza a «imaginarlas sin imaginario». Todas las operaciones míticas que permiten al miserabilísimo (los cuerpos populares serían simples reservas de fuerza de trabajo) trocarse en populismo (la distinción y sus angustias estarían fuera del mundo popular, un mundo «sano» y liberado de lo que Pier Paolo Pasolini llamaba la «infección» de la vida burguesa) comienzan a acampar en el análisis¹⁷.

La relación de los dominados con las normas corporales legítimas puede declinarse de diferentes maneras. Entre la incorporación absoluta de la norma y su olvido, existen formas de lo que Jean-Claude Passeron (1970: 23), comentando una idea de Hogart (1970: 49), llamó «asimilación a eclipses». Utilizando el material extraído de los grupos de discusión, mostraré cómo esa «asimilación a eclipses» puede verse en la existencia de cuatro principios prácticos de reducción de la tensión corporal. En la medida que tales principios se articulan en un grupo social, la tensión corporal se relaja notablemente y, con ello, los trastornos alimentarios —derivados de restricciones alimentarias severas— se convierten en imposibles. Me apoyaré en un análisis del material producido en el grupo de jóvenes estudiantes de instituto. Grupo femenino y grupo juvenil: ambos rasgos (tensión ligada a los mercados de género y tensión ligada a un momento de máxima apertura en el mercado sentimental y sexual) lo vuelven el más sensible a los modelos corporales legítimos. Sin olvidarlos, tampoco parece que su existencia se encuentre organizada completamente por los patrones que irradian tales modelos. Estas condiciones de imposibilidad no son definitivas. Los sujetos que practican, lo que podría llamarse «control del control corporal» pueden desfallecer en su aplicación. Además, tal «control del control corporal» funciona exclusivamente en contextos colectivos. Es decir, solo si los individuos con los que se comparte vida cotidiana los practican, pueden ser incorporados sin arriesgarse a sufrir la depreciación corporal.

En suma, tales principios corporales constituyen rasgos básicos de la existencia de lo que, siguiendo a Bourdieu (2002: 144-151), llamaría mercados corporales «francos» en el seno de las clases populares. Según Bourdieu, los individuos que

¹⁷ Véase Gremillion (2003: 186-187) sobre la idealización romántica de las familias populares (de las que proceden las anorexias atípicas o *borderline*) y su convivencia con la estigmatización de las mismas.

pertenecen a un grupo social experimentan la presión de diferentes mercados; unos, *mercados francos*, en los que el valor de los productos (en este caso, corporales) está definido según criterios internos a la clase social; otros, *mercados tensos*, en los que la definición del valor de los productos corporales impone el reconocimiento de la norma dominante y, por tanto, exige la búsqueda ansiosa de la corrección o, si ello es imposible, la protección de la invisibilidad corporal. Ciertamente, un *mercado franco*, en la medida que puede ser «colonizado» por los mercados dominantes (constituidos, para quienes no controlan sus principios, como *mercados tensos*), puede dejar de existir. Por ello, mantenerlo, exige el compromiso de los agentes interesados en el mismo —y, algo que no desarrollaré aquí, la estigmatización de aquellos que desean alterarlo—. Puedo destacar cuatro principios en ese tipo de compromiso¹⁸.

(1) Principio de activación situada de la sobrepuja corporal. Es importante comprender que, en lo que respecta a la tensión corporal, mercados francos y tensos se componen en la experiencia vital de las personas. El desprecio a los modelos corporales legítimos amenaza a los individuos de clases populares con un tipo de muerte social: la ausencia de visibilidad en el mercado sentimental y sexual. Por tanto, más que de un abandono definitivo de la tensión corporal, el material obtenido en mi trabajo de campo hace pensar en una composición tensa de ambos tipos de mercados. En función de que se participe en uno o en otro, se atiende más o menos a los principios legítimos respecto al cuerpo. La metáfora de la «asimilación a eclipses» cobra todo su sentido. Un ejemplo, al respecto, puede ser la diversidad estacional. Así, en el grupo de jóvenes estudiantes de instituto se decía:

—Llega el verano y todas en régimen en verano: «Hay que ponerse el bikini».

—En invierno como vas más tapada puedes disimular.

—En verano vas al gimnasio para poder mostrar las piernas.

—En invierno como no se ve nada a todo el mundo le da igual.

(2) Principio de limitación del trabajo sobre el sistema de gustos. El análisis realizado de la trayectoria de María José mostraba cómo gustos alimentarios familiares y modelos corporales deseados convivían desquiciando su vida íntima. En el mismo grupo de discusión al que me acabo de referir, aparecía otra alternativa: pueden incorporarse alimentos dietéticos en el régimen alimentario, siempre y cuando se acomoden con el sistema de gustos adquirido previamente¹⁹. Este principio de limitación del trabajo sobre el sistema de gustos incluye, también, un principio de acuerdo con el sistema de gustos del grupo doméstico:

¹⁸ No sostengo que este tipo de prácticas sean privativas de las clases populares. Seguramente, y a partir de combinaciones específicas con la clase de edad (llama la atención, sin duda, que se formulen, aquí, en un grupo de discusión formado por chicas jóvenes), organizan la relación con el cuerpo de agentes que viven en otros puntos del espacio social.

¹⁹ Sobre la importancia del trabajo sobre el sistema de gustos y su transformación en las carreras anoréxicas véase Darmon (2003: 150-152, 254).

—Yo creo que los gustos, si te gusta algo, aunque hagas dieta lo vas a coger. De hecho, la dieta te la dejas atrás.

JLMP: Por tanto, ¿no se pueden cambiar los gustos?

—Yo diría que sí. Las cosas que no me gustan, no las he probado. Quizá, si las probase, me acabarían gustando. Por ejemplo, los tomates [...].

—[A la hora de comer], lo más importante es que la comida te guste. Cuando se habla de comer de manera sana es un sacrificio, supone mucho esfuerzo. Eso no nos gusta.

Así, las prácticas de régimen, cuando se realizan, suponen, en ocasiones, una eliminación de los alimentos periféricos (pasteles) o un cambio en el modo de preparación de los mismos. Nunca la introducción de una dieta radicalmente diferente a la de la familia:

—A veces me he puesto a régimen. Como filetes de carne a la plancha, elimino el pan o como pan integral.

—[Te quitas] de dulces [...].

—Sí, te comes las cosas a la plancha. Pero la verdura y la fruta ni probarlas.

(3) Principio de definición sexual de las sobrepujas corporales. El objetivo de esculpir un cuerpo atractivo se restringe a los periodos de fuerte exposición al mercado sexual y matrimonial. Esta definición explícita del cuerpo como atributo sexual elimina toda el aura de las prácticas corporales ascéticas. A la vez, este realismo desencantado —en el que quizá quepa ver la reminiscencia del viejo principio popular de «no contarse historias»— permite abordar el autocontrol corporal de modo provisional y no como el resultado de un imperativo categórico femenino²⁰.

—Las mujeres tiene que ser más llamativas para atraer la atención de los hombres [...].

—Cuando tú ya sabes que tienes tu pareja ahí, segura, ya no te preocupas tanto por [el atractivo físico].

—Te preocupas, no te vas a poner como una foca ahí, fea; [yo] procuro estar bien. Pero que te descuidas más, te dejas más, te da más igual.

(4) Principio de reducción práctica del espacio de posibles afectivo y sexual. Este realismo encierra un fatalismo práctico. Cuando se estabiliza la pareja se cierra la cotización en el mercado sexual: las palabras de este mismo grupo citadas más arriba (una vez que tienes pareja, te olvidas del cuerpo) constituyen una bue-

²⁰ Entre las clases medias y dominantes, escucho a menudo la tesis de que «todas las mujeres están obligadas a estar delgadas» según dos acepciones. Primera, una acepción crítica de origen feminista. Segunda, esta tesis permite a quienes la emiten reafirmarse en la ineluctable necesidad del control corporal ascético. Este especie de *mala fe*, en el sentido que le daba Sartre (el individuo se esconde sus elecciones y dice obedecer a fuerzas que lo trascienden e imposibles de gobernar y modular) está presente en casi todas las entrevistas que he realizado con mujeres que han desarrollado trastornos alimentarios. Considero tales tesis (la presión corporal es universal y todo el mundo la practica) como un agente activo en la producción de carreras corporales tensas.

na muestra del funcionamiento de este principio. Una vez que se entra en la «madurez», el individuo comienza a negociar consigo mismo y con sus próximos el fin de las tensiones corporales. Esa negociación exige una cierta homogeneidad en el grupo de próximos. De lo contrario, las fuerzas de la inquietud corporal pueden volver a trastornar el proceso (continuo, jamás definitivo) de duelo respecto a la consecución de un cuerpo atractivo según los cánones dominantes. La distensión de los mercados tensos relega corporalmente a los individuos en el mundo dominante, pero también los libera de procesos de presión en los que puede insinuarse la enfermedad. Esta joven participante en el grupo de discusión lo decía, a su modo, claramente: la tensión por estar delgada y la infelicidad van a menudo de la mano:

Pero yo creo que también empiezas a engordar porque ya no tienes tanto temas que te preocupan, porque como ves a amigas que tienen novio y ¡cuchi! yo no tengo novio, no sé qué; no es ya porque comas, sino por los temas que tú tienes en la cabeza y que te preocupan. Como tú a la hora de echarle novio, pues los temas esos ya, pues ya empiezas porque... yo creo que influye eso ¿no?, los temas que tú tienes en la cabeza y que te preocupan. Lo mismo que si se da un caso que un novio, por ejemplo, está metido en las drogas o algo de eso, yo creo que la muchacha, por mucho que quiera, como tiene ese tema, la familia le está diciendo que lo deje a ese muchacho porque no... Yo creo que esa muchacha no engorda ¡vamos! Es también los temas que preocupen: si una pareja está bien pues si no le preocupa ningún tema, a lo mejor la muchacha ya empieza a engordar.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLTANSKI, L. (1974), *Puericultura y moral de clase*, Barcelona, Laia.
- BOURDIEU, P. (1988), *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- BOURDIEU, P. (avec Löïc J. D. Wacquant) (1992), *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, P. (1997), «La ilusión biográfica», en *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama, 1997, pp. 74-83.
- BOURDIEU, P. (2001), «Vous avez dit 'populaire'?» in *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Seuil.
- CASTEL, R. (1980), *El psicoanálisis. El orden psicoanalítico y el poder*, México, Siglo XXI.
- CASTEL, F., CASTEL, R., y LOVELL, A. (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*, Barcelona, Anagrama.
- COCKERHAM, W. C. (2000), *Sociology of mental disorder*, New Jersey, Prentice Hall.
- DARMON, M. (2001), *Approche sociologique de l'anorexie: un travail de soi*, Paris, Thèse de doctorat-Université René Descartes (Paris V).
- DARMON, M. (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.
- DEVEREUX, G. (1973), *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barcelona, Barral.
- FAUCHER, L. (1999), «L'histoire de la folie à l'âge de la construction sociale. Compte rendu de *L'âme réécrite* de Ian Hacking», *Cahiers d'épistémologie*, n° 9910, <http://www.philo.uquam.ca>.
- GOFFMAN, E. (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN, E. (1973), «La folie dans la place», en *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN, E. (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

- GREMILLION, H. (2003), *Feeding Anorexia. Gender and Power at a Treatment Center*, Durham & Londres, Duke University Press.
- GRIGNON, C. y GRIGNON, C. (1980), «Styles alimentaires et goûts populaires», *Revue française de sociologie*, XXI, 1980, pp. 531-569.
- HACKING, I. (1998), *L'Âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, París, Institut Synthélabo.
- HACKING, I. (2001), *¿La construcción social de qué?*, Barcelona, Paidós.
- HACKING, I. (2002), *Les fous voyageurs*, París, Institut Synthélabo.
- HACKING, I. (2004), «Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction», *Economy and Society*, Volume 33, 3, pp. 277-302.
- LOVELL, A. M. (2004), «Avant-propos», in *Problèmes politiques et sociaux* (Dossier «Santé mentale»), n° 899, avril.
- MARTÍN CRIADO, E. y MORENO PESTAÑA, J. L. (2005), *Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*, Sevilla, Junta de Andalucía.
- MCCAUGHEY, M. (1999), «Fleshing Out the Discomforts of Femininity: The Parallel Cases of Female Anorexia and Male Compulsive Bodybuilding», in Sobal, J. et D. Maurer (Eds.), *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems*, Nueva York, Aldine de Gruyter, pp. 133-155.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2005), «Jerarquías corporales, discursos científicos y construcción de identidad en los trastornos alimentarios. Un acercamiento sociológico», in Corral, N. (Coord.), *Nadie sabe lo que puede un cuerpo. Variaciones en torno al cuerpo y sus destinos*, Madrid, Talasa, pp. 121-145.
- PARSONS, T. (1999), *El sistema social*, Madrid, Alianza Editorial.
- PASSERON, J.-C. (1970) «Présentation», in Hoggart, R., *La culture du pauvre. Étude sur les conditions de vie des classes populaires anglaises*, París, Minuit.
- PASSERON, J.-C. (1991), *Le raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, París, Nathan.
- SCHWARTZ, O. (2002), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, París, PUF.