

## *Psicopatología de la anorexia nerviosa*

*LUIS FERRER I BALSEBRE*

La Anorexia Nerviosa (AN) se define como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también a prepúberes, mujeres de mediana edad y en menor medida a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida (por medio de la restricción alimentaria, uso de diuréticos y/o laxantes, provocación de vómitos o exceso de ejercicio físico), miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

A la vista de las definiciones y clasificaciones de la anorexia nerviosa (ver cuadros 1a y 1b, capítulo 19), podemos evidenciar que la focalización sobre el peso constituye el hilo conductor de todos los criterios diagnósticos y, en gran medida, terapéuticos.

Ha sido en los últimos cuarenta años cuando la Anorexia adquiere entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas. Aquí comienza a resonar el adjetivo multicausal o pluridisciplinar, tan en uso hoy día. La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de la psicopatología, surge con los escritos de Hilde Bruch, en los que se destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los signos corporales, tales como los signos de la necesidad nutricional. Más recientemente los estudios de S. Minuchin y M. Selvini hicieron hincapié en la funcionalidad de la patología anoréxica dentro del sistema familiar, apuntando a un cierto tipo de estructura e interacción familiar como causa del desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Pero sea desde la causalidad sistémica, psicógena u orgánica, la Anorexia Nerviosa sigue considerándose dentro del círculo nosológico de los llamados Trastornos de la Alimentación.

Una definición /construcción de la realidad que «objetiva» la Anorexia Nerviosa como un Trastorno de la Alimentación forzosamente generará toda una metodología de estudio, investigación y tratamiento basada en la restricción voluntaria de alimentos y el miedo a engordar como premisas nucleares del trastorno. En los últimos años prácticamente todos los trabajos son epidemiológicos con el “Eating Disorders Test” como instrumento de valoración, siempre considerando el trastorno alimentario como el problema sintomático a analizar y tratar, bien sea desde interpretaciones y abordajes psicoterapéuticos y/o biológicos. Todos ellos concluyen resultados y eficacias semejantes pero todos ellos dejan la teoría explicativa de tal profusión de datos estadísticos y de los éxitos y fracasos terapéuticos del problema en una penumbra, cuando no provocadora oscuridad. Es consenso el hecho de que la Anorexia Nerviosa es uno de los cuadros psiquiátricos más oscuros y lo es, a nuestro juicio, por la falta de una teoría explicativa clara y demostrable o de una nosografía etiopatogénica. Con toda humildad, pretendemos exponer un ensayo teórico frente a tal reto, no con ánimo de proponer verdades, sino más bien de iluminar penumbras y provocar reflexión.

La reflexión psicopatológica en estos últimos años ha sido interrogada por los siguientes factores:

1. El aumento de la frecuencia de estos trastornos. Algunos autores, como Morandé, utilizan el término epidemia, sosteniendo en sus estudios el paso de un 0.3% de anorexias en 1985 a un 1% en 1996 (si bien otros la cuestionan).
2. Las relaciones entre los diferentes trastornos de la adolescencia que se han significado al mismo tiempo: las toxicomanías, intentos de suicidios, conductas de oposición, fracaso escolar, trastornos de conducta etc.
3. ¿Por qué la adolescencia es el periodo en el que se significan estos trastornos y tiene tal impacto en su desencadenamiento? ¿Por qué tal paralelismo entre el crecimiento de estas patologías y los cambios que afectan a sociedad y familia?
4. Un mejor conocimiento de la evolución de dichas patologías, pero también con una gran disparidad de resultados. Tal disparidad demuestra que bajo una misma conducta se encuentran potencialidades evolutivas diversas y, como más adelante desarrollaremos, diversas etiopatogenias.

## LA REALIDAD Y SUS NIVELES

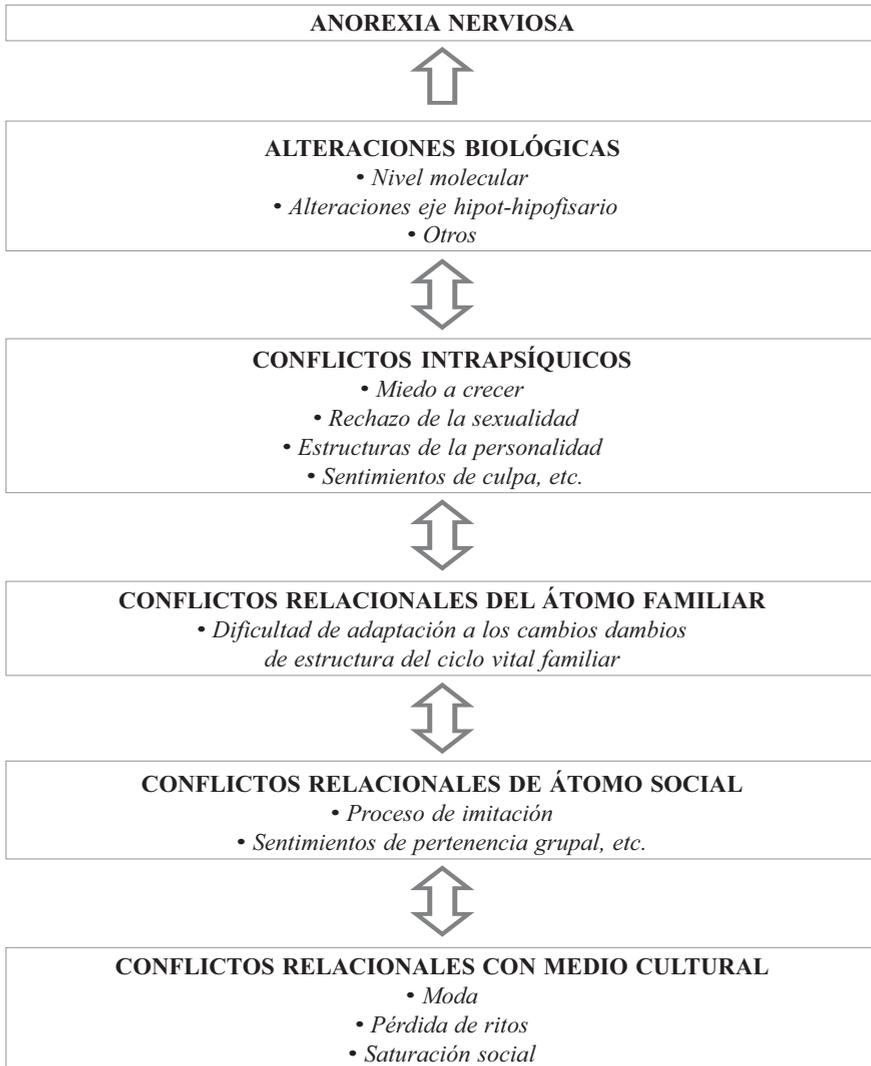
Tradicionalmente el paradigma científico afirma que por un lado están “las cosas”, “la realidad”, y por el otro el observador. Pero sabemos que las cosas no son tan simples. A la hora de “observar” eso que llamamos “Realidad” es más prudente definir previamente el dominio desde el cual se observa y el nivel que se va a observar. Cuando estudiamos una célula estamos, indudablemente, asomados a algo real. En ese pedazo de realidad ocurren cosas concretas, medibles, experimentables. Pero en ese nivel celular o molecular NO existen los colores ni las pasiones, por ejemplo. Para “descubrir” esos fenómenos, también incuestionablemente reales, debemos asomarnos a un nivel de realidad distinto, y para asomarnos y explorar ese territorio debemos proveernos de otros mapas que den cuenta del mismo. Esos mapas son las teorías, los dominios científicos, filosóficos etc que construimos para orientarnos en él, igual que ocurría en el nivel molecular. En este nivel intrasubjetivo, intrapsíquico, encontramos nuevos fenómenos: pasiones, olores, complejos, angustia... Aumenta la complejidad, sin duda, pero aún así en este nivel de realidad no existen otros “hechos” reales como la solidaridad, el odio, la amistad etc. Hablamos pues de un nivel Relacional, intersubjetivo, de otro nivel de realidad, en suma.

El primer nivel relacional del ser humano se da en la matriz familiar. Aquí se van a engendrar los embriones relacionales que luego se desarrollarán en forma mucho más amplia cuando ese individuo ingrese en el nivel de relación social. Cuando lo haga, aparecerán nuevos fenómenos que no se daban en los niveles anteriores.

Si somos capaces de dar la pirueta epistemológica que supone entender, primero, que existen diferentes niveles observables en la realidad y, segundo, que todos éstos niveles están interconectados entre sí de tal forma que cualquier suceso producido en cualquiera de ellos va a tener repercusión en todos los demás, entonces podríamos encuadrarnos dentro de una epistemología ecosistémica, que es el encuadre sobre el que vamos a desarrollar nuestro ensayo.

Para clarificar nuestra exposición, es necesario definir el nivel de observación de la Realidad en el que queremos situarnos a la hora de exponer cómo entendemos el fenómeno anoréxico, es decir, ¿desde que nivel de Realidad queremos explicar la etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa?, ¿desde un nivel de realidad orgánico, molecular? ¿desde un nivel intrapsíquico, considerando no ya la molécula sino el sujeto; no la neurona o el hipotálamo, sino el cerebro en su calidad epifenoménica; aceptando o no la escisión consciente/inconsciente?, ¿desde un nivel de realidad relacional primaria, no ya la del sujeto como individuo sino del individuo en relación, como parte del sistema básico de relación humano: el átomo familiar?, ¿desde un nivel relacional más amplio, formando parte de un grupo humano social, laboral, cultural o más aún, étnico, antropológico? Es importante partir de aquí, toda vez que no es lo mismo lo que se observa, ni son los mismos «instrumentos» de observación los utilizados según nos situemos en uno u otro nivel realidad.

Nuestro encuadre epistemológico, por tanto, parte de la circularidad y la complejidad recursiva de los diferentes niveles de realidad en su imagen gráfica sería:



La Teoría de los Tipos Lógicos de Witehead y Russel aclara bien el hecho de que no es lo mismo estudiar/observar a un hombre que a la Humanidad, aunque una esté conformada por los otros. Vamos a ubicarnos en los diferentes niveles de realidad definidos, con el ánimo de describir qué se observa desde cada uno de ellos teniendo presente la interacción de todos ellos entre sí.

Proponemos las siguientes preguntas como núcleo de nuestro ensayo que, por ser obvias, no dejan de ser contundentes y que son las que entendemos deben encontrar una sola respuesta válida para todas, si se quiere dar una explicación coherente a la Anorexia Nerviosa:

1. ¿Por qué la Anorexia se da mayoritariamente en mujeres?
2. ¿Por qué mayoritariamente en adolescentes?
3. ¿Por qué mayoritariamente en sociedades desarrolladas?

La primera pregunta, **¿por qué se da mayoritariamente en mujeres?**, ha obtenido acercamientos fundamentalmente fisiológicos, ya que es más que lógico pensar que un sesgo tan marcadamente femenino apunte a algo específicamente femenino en su etiopatogenia. Por tanto, la hipótesis endocrinológica se hace evidente. Sin embargo, ninguna de las hipótesis y estudios neuroendocrinológicos desarrollados han resultado esclarecedores y, mucho menos, útiles. Incluyo en esta afirmación la tan buscada –desde la Psiquiatría– anomalía bioquímica «de fondo» en la que, si bien en algunos casos resulta exitoso el tratamiento psicofarmacológico específico, en modo alguno podemos hoy día hablar de una terapéutica psicofarmacológica específica para la Anorexia Nerviosa. Esto es lo mismo que afirmar que la supuesta alteración bioquímica a corregir es, cuando menos, muy variable.

Desde este nivel de realidad, la mayoría de los estudios publicados coinciden en achacar al cuadro anoréxico una relación directa con otros cuadros psiquiátricos tanto del Eje I como del Eje II de la DSM IV. De entre ellos, cobran mayor peso los Trastornos de Personalidad límites, los cuadros depresivos, los obsesivos y de falta de control de impulsos, aunque existe literatura que relaciona los síntomas anoréxicos con casi la mayoría de las categorías psiquiátricas establecidas.

## HIPÓTESIS INTRAPSÍQUICAS

Leyendo las diferentes aportaciones psicoanalíticas podemos comprender y abordar terapéuticamente *cierto tipo de anorexias*, como más adelante veremos, pero resulta «clínicamente» evidente que la Anorexia Nerviosa es un síndrome demasiado «repetitivo», demasiado igual en una y otra paciente, como para considerar seriamente esta especie de «equifinalidad psíquica»; es decir, que diferentes estructuras de personalidad, diferentes biografías, que momentos vitales tan distintos, avoquen a una sintomatología tan parecida, con unos signos prácticamente idénticos. Junto con otros autores pensamos que el fenómeno Anoréxico hay que analizarlo desde una óptica de la complejidad, en la que es necesario distinguir diferentes niveles recursivos de realidad.

En este nivel de realidad intrapsíquico cabe destacar un elemento que la bibliografía destaca cada día más: la historia previa de abusos sexuales en muchos cuadros anoréxicos. La experiencia de un abuso en edades tempranas sería un ejemplo muy claro de lo que supone un “trauma” a nivel individual, intrapsíquico, que determinaría el desarrollo de la patología anoréxica. Una anorexia nerviosa con un antecedente de este tipo sería

encuadrable en este nivel individual de observación, de comprensión etiopatogénica y de tratamiento específico. Pero no todas la anorexias presentan antecedentes de abuso.

Cierto es que el síndrome Anoréxico resulta sumamente sugestivo desde una observación intrapsíquica y que muchos casos de Anorexia se resuelven desde este nivel de observación, pero tampoco es menos cierto que, desde los estudios de sobre inanición efectuados por Keys, la realidad intrapsíquica queda adormecida. Keys sometió a treinta y seis objetores de conciencia a una dieta de inanición durante seis meses, a fin de estudiar los efectos psicofisiológicos del hambre. Los resultados pueden compararse con los datos obtenidos de la Anorexia Nerviosa, en tanto estos individuos pasaban hambre voluntariamente, al tiempo que estaban rodeados de alimentos. Al igual que los anoréxicos, éstos se tornaron enormemente preocupados por la comida mientras perdían interés por otras áreas: coleccionaban recetas de cocina, la comida se volvió su principal tema de conversación, inventaban mezclas de comidas insólitas, utilizaban un tiempo desmedido en la planificación de sus comidas, bebían más café, té y otros líquidos, masticaban más chicle y fumaban más, relataban tener sueños coloridos acerca de la comida. Durante el periodo de recuperación de peso algunos informaban sentir mucha hambre después de una comida normal y, algunos sujetos, realmente se daban atracones de comida. Los cambios psicológicos y de personalidad que aparecieron en el estudio de Minnessota fueron: irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acaparaban comida, aparecieron perturbaciones del sueño y había pérdida de interés sexual. Lo verdaderamente llamativo de este estudio es que demuestra que las características que presentaron los sujetos de experimentación son, quizá, los signos más frecuentes y llamativos de cualquier Anorexia Nerviosa, con el añadido de que quedaría demostrado que todos ellos serían atribuibles «exclusivamente» a los efectos de la inanición. De aceptar esto, habría que aceptar que la sintomatología anoréxica puede tener muy poco que ver con la estructura de personalidad, los factores genéticos o la historia biográfica individual. Más bien nos señalaría la posibilidad de una sintomatología anoréxica típica, secundaria a un tiempo prolongado y voluntario de inanición, lo cual nos deja ya entrever que un tipo de anorexias pueden obedecer a esta etiopatogenia.

Recordamos la primera pregunta: **¿por qué se da mayoritariamente en mujeres, y por qué en prepúberes o recientemente púberes?** Es fácil de contestar, ya que ésa misma pregunta se la hace M. Selvini y responde que :

*«Hay una relación inversa entre la abundancia de la oferta de comida y el peso corporal en el sexo femenino. La imagen que dicta la moda es de figura delgada, y por esto las mujeres adoptan en masa dietas estrictas para bajar peso. A pesar de la revolución sexual y del feminismo, las mujeres siguen siendo más controladas por sus padres que los varones y, cuando descubren el recurso poderoso de una «huelga de hambre silenciosa», pueden instalarse en la Anorexia».*

Se trata de una respuesta convincente a un cierto nivel, pero muy alejada de ser una explicación contundente del fenómeno anoréxico.

## HIPÓTESIS RELACIONALES

Los cambios de etapas dentro del Ciclo Vital Familiar están significados por «signos» naturales y/o ritos de paso culturalmente establecidos. Apuntábamos la particularidad y singularidad que la menstruación tiene en tanto que «signo natural» indiscutible para el individuo y la familia en la que vive: para el individuo supone la señal de paso a la edad adulta; para la familia, predice el cambio a la etapa de crianza e inicio de un nuevo mapa relacional resultante de una posición de mayor simetría entre hijo y padres.

Si observamos a la familia como un ecosistema homeostático equilibrado, entenderemos que todo cambio en uno de sus elementos va a provocar otro en el resto. La consecución de un nuevo equilibrio es la conclusión del proceso del paso de etapa en su Ciclo Vital. Habitualmente los cambios de etapa en el Ciclo Vital son lentos, sin brusquedades, y con el tiempo suficiente para que la familia elabore nuevos mapas relacionales que determinen una adaptación al nuevo medio. Cualquier hecho familiar que actúe como «catalizador» de estos cambios se vive como una amenaza: supone un desequilibrio inesperado al que se va a tener que hacer frente, amén del de la resistencia al cambio inherente a cualquier sistema vivo, que antes de poner en marcha sus mecanismos de cambio adaptativo luchará por mantenerse como estaba, «exagerando» sus mecanismos de autorregulación previos, hasta que éstos se muestren definitivamente incapaces de mantener el equilibrio previo y/o devengan sintomáticos. De todos los signos naturales definitorios de un cambio en el Ciclo Vital Familiar, la menstruación es quizá el que más brusca y tempranamente se produce. Entendemos que, por ello, no es descabellado pensar que, ante su presencia y/o amenaza, se gatillen conductas individuales y/o familiares encaminadas a su retardo o desaparición, tanto más cuando el funcionamiento familiar en ese momento presente un equilibrio delicado, bien sea por la existencia de conflictos parentales solapados u otro tipo de conflictos.

Nuestra propuesta, en suma, es la de identificar un tipo de Anorexia Nerviosa como un mecanismo de retraso o desaparición del signo incuestionable de cambio en el individuo y del Ciclo Vital de la Familia a la que pertenece. Vista así, algunas Anorexias aparecen ante nuestros ojos como una *Patología del Ciclo Vital Familiar*, como una patología de la *Ecología Familiar*. Identificaremos a este tipo de Anorexias como **Anorexia Relacional de Primer Nivel**, por ser generadas en la dinámica del átomo relacional primario que es la familia. Es desde esta idea que ensayaremos las respuestas a las preguntas planteadas.

### ¿POR QUÉ SE DA MAYORITARIAMENTE EN MUJERES?

Porque es en la mujer, y no en el varón, donde se registra el signo natural determinante del cambio. El varón presenta un tránsito más dilatado y menos claro a la edad adulta. En definitiva, con la supresión o el retraso de la menstruación se consigue la permanencia de uno de sus miembros en una edad infantil y, por extensión, la permanencia de toda la familia en un mapa relacional propio de la etapa de crianza. La permanencia

en éste «estado infantil» viene determinada por la amenorrea y, claro está, por el mantenimiento de un cuerpo infantilizado y unas conductas y relaciones también dependientes e infantiles, condiciones que la Anorexia Nerviosa cumple con precisión.

La permanencia en un mundo infantil está basada, sobre todo, en la no incorporación al mundo sexual. La amenorrea y la extrema delgadez con pérdida de todo tipo de caracteres sexuales secundarios permite a la mujer la negación formal del mismo; y en el caso de no pocos varones anoréxicos también, ya que, como todos clínico sabe, el diagnóstico anoréxico en el varón incluye como criterio diagnóstico la *inhibición llamativa del deseo sexual y la conformación de genitales externos sin desarrollar*, amén de todo el resto de rasgos infantiloides provocados por una extrema delgadez. En este tipo de Anorexias no se trata tanto de «verse gordas» como de «verse mayores».

Por otra parte, en el contexto cultural de Occidente la «juventud» es un valor social. Es en este contexto en el que sí estamos de acuerdo con la opinión de Selvini de que el factor cultural y estético imperante es un factor etiológico determinante. Pero entendiendo que las Anorexias que se desarrollan en base a este factor, aún siendo actualmente mayoritarias, no constituyen más que un tipo etiopatogénicamente diferenciable. Se trata de un Tipo de Anorexia bien diferenciado que denominaremos **Anorexia Relacional de Segundo Nivel o cultural**. Las claves etiopatogénicas de la misma obedecen a una voluntad de adelgazamiento nacida desde el patrón estético que dicta la moda, dentro de una determinada cultura, y que aboca en un cuadro formalmente anoréxico. El hecho de no obedecer a claves moleculares, ni intrapsíquicas, ni funcionales dentro del átomo relacional familiar hacen de ella una Anorexia de mejor pronóstico, toda vez que intervenciones (cualquiera que sea su orientación) encaminadas a una normalización del hábito dietético suelen ser suficientes para recuperar el cuadro.

### ¿POR QUÉ MÁS EN DETERMINADAS CULTURAS?

Faltaría a estas alturas dar una explicación convincente a la pregunta que dejamos sin contestar, ¿por qué más en determinadas culturas? Para ello establecíamos la categoría de **Anorexia Relacional de Segundo Nivel o Cultural**, por ser en el átomo relacional social donde se genera, identificando este tipo de Anorexia caracterizado por un antecedente obligado: el sometimiento previo a una dieta incontrolada por parte del adolescente, voluntad de adelgazar con la finalidad de ajustarse a un canon de belleza predominante en la actualidad dentro de nuestra cultura.

Esta cultura del adelgazamiento hace mella sobre todo en las adolescentes femeninas, toda vez que el adolescente compara su cuerpo, en pleno proceso de cambio, con el modelo corporal vigente en su cultura. Si coincide, o así lo cree, su imagen se coloreará positivamente; si no es así, le desencadenará ansiedad y por tanto el deseo de cambiar de imagen, de cuerpo. Estos mecanismos rigen para todos los ciudadanos, no sólo para los adolescentes, pero éstos, por obvias razones de cambio fisiológico, cognitivo-emocional y psicosocial, constituyen terreno abonado para que en ellos funcionen con toda plenitud.

Este tipo de Anorexia sólo se desarrollaría en aquellas culturas en las que el canon de belleza sea como el nuestro y, además, se difunda en los medios de comunicación lo suficientemente como para que sea conocido y deseado por la mujer (este tipo de Anorexia únicamente se da en mujeres, puesto que el canon de extrema delgadez es, hoy por hoy, estrictamente femenino).

Por supuesto, no sucede lo mismo en todas las sociedades. La cultura de la delgadez es un fenómeno de la *Sociedad Opulenta*, no hay cultura de la delgadez en el Tercer Mundo. En los países desarrollados la mayor parte de las mujeres y niñas obesas se encuentran en las clases bajas de la población. Los valores predominantes, incluyendo los estéticos (sobre todo los estéticos), se gestan en las clases altas y, desde ellas, se extienden al resto de la sociedad.

Hace tiempo que se estableció la relación existente entre Anorexia Relacional secundaria o cultural y clase social. Los canadienses Garfinkel y Garner detectan el predominio de anoréxicas procedentes de los niveles económicos más elevados de forma abrumadora antes de 1975, para pasar a casi igualarse después de 1976. Una revisión de 144 estudios sobre la relación entre clase económica y el peso en múltiples países europeos, EEUU, Canadá e Israel, indica que existe una fuerte relación inversa entre el peso de las mujeres y su nivel económico. Cuanto más alto el nivel, más bajo el peso, y al revés. Existe pues un tipo de Anorexia de etiopatogenia cultural, propio de la cultura occidental, y de la no occidental que comparte sus valores.

El actual incremento de este tipo de Anorexias que se detecta en las clases bajas no contradice lo anteriormente expuesto. La difusión de los patrones estéticos goza de amplias facilidades por la homogeneización cultural de tales sociedades en este tipo de temas. Por otro lado en las clases sociales bajas hay más obesidad y también se comprueba que tal obesidad predispone a la anorexia, especialmente cuando la persona obesa se inserta en esta «cultura del adelgazamiento».

Los medios de comunicación funcionan como difusores de esta cultura del adelgazamiento. J. Toro y cols. realizaron un trabajo analizando todas las revistas femeninas que se publican en España y cuya tirada supera a los 150.000 ejemplares durante los meses de mayo de 1984-1985 y 1986. Las conclusiones más significativas fueron las siguientes:

1. Uno de cada cuatro anuncios invita directa o indirectamente al adelgazamiento.
2. Uno de cada diez anuncios invita al adelgazamiento directa y textualmente.
3. Los productos más frecuentemente promocionados son los alimentos hipocalóricos (30%) y las cremas adelgazantes (27%).
4. Las partes del cuerpo más mencionadas eran muslos, nalgas, caderas y abdomen (las más sobrevaloradas por anoréxicas y adolescentes en general).

5. Las palabras más utilizadas –en una relación de más de 50 locuciones relacionadas con la delgadez del cuerpo– eran «adelgazar», «delgado/a», «kilos» y «centímetros».
6. El consumo de productos y servicios favorecedores del adelgazamiento resulta motivado mayoritariamente por razones estéticas, quedando los motivos de salud en un muy segundo plano.
7. La población receptora de los mensajes en cuestión se sitúa predominantemente entre los 14 y 24 años de edad, en una clase social media y alta, residente en áreas urbanas y, por supuesto, constituida por mujeres.

La presión social es, pues, sofocante. Es de subrayar el hecho de que el patrón estético masculino sigue otros derroteros, predominando el desarrollo muscular y la apariencia de potencia física, lo que determina un menor riesgo masculino para este tipo de Anorexias, coherente con las cifras epidemiológicas.

El hecho es que la Anorexia parece darse mayoritariamente en sociedades avanzadas. Esto quiere decir que, si bien la Anorexia Cultural es la que más claramente responde al porqué del hecho, el resto deberían explicarse también desde algún factor presente en sociedades desarrolladas, más allá del mero ideal estético. Desde nuestra reflexión anterior, es sencillo identificar qué culturas de las llamadas «subdesarrolladas» en las que no se suele dar la patología anoréxica, presentan una «ecología» completamente distinta a la occidental. Las familias que las constituyen, también presentan un Ciclo Vital distinto. Es obvio que para una familia gitana pobre, por ejemplo, supone una precariedad vital mucho mayor contar con la presencia de tres churumbeles en su seno, a los que debe alimentar, que con tres adultos capaces de buscar recursos de subsistencia o de ampliarlos a través del matrimonio temprano de sus hijas. La etapa de crianza en un medio pobre o en un contexto de subdesarrollo es una etapa de gran escasez, siendo los hijos una inversión de futuro que ha de materializarse lo antes posible en aras de la supervivencia familiar y comunitaria. En otras palabras, la etapa de crianza debe ser lo más corta posible, por lo que resulta obvio que la familia no sólo no se «resistirá» a su tránsito, sino que en la mayoría de los casos lo acelerará como mecanismo de subsistencia y adaptación a un medio económico/ecológico precario. Es en la llamada «cultura del bienestar», con las necesidades vitales aseguradas, en donde se desarrolla una nueva escala de valores elaborada a partir de «realidades de segundo orden», que nada tienen que ver con la realidad de primer orden que es el hambre o la subsistencia.

En este sentido, sociólogos como Coleman entienden que el cambio familiar que ha acompañado al proceso de modernización consiste en que se va modificando la naturaleza del valor económico de los hijos, considerados como objetivo estratégico del comportamiento progenitor. Así, en función de qué beneficios quepa esperar de ellos, o en función de que tipo de descendencia demandan los padres, se sucederán tres modelos consecutivos de familia:

1. *Pre-moderna*: demanda «cantidad» de hijos en función de considerarlos «fuente de rentas» o «bienes de producción», capaces de «devolver» lo invertido en ellos y de ocuparse de los padres en su ancianidad. El caso más extendido es el de la familia campesina o el de sociedades no industrializadas.
2. *Moderna*: tras la llegada de la revolución industrial y del consiguiente fenómeno migratorio a la ciudad, se generaliza este modelo, que ya no demanda cantidad, sino «calidad» de hijos, por que los considera «bienes de inversión». Aquí ya no se trata de explotar a los hijos, sino de invertir en ellos a fin de asegurarles un mejor y más brillante futuro, gracias al «capital humano» acumulado. De ahí la lógica de reducir el número de hijos, para poder dedicar a la mejor educación posible tan sólo a unos pocos, en quienes se deposita la esperanza de un mejor futuro para el linaje familiar. La naturaleza de la demanda es también distinta, explotadora de riqueza en el modelo pre-moderno y creadora de la misma en el otro. En el primero las rentas fluyen desde los hijos hacia los padres; en el otro las rentas van en sentido opuesto, pues son los padres quienes financian a fondo perdido el curso vital de los hijos, siendo las siguientes generaciones las que se conforman como los «acreedores» de dicha inversión
3. *Post-moderna*: tras la consolidación de la sociedad de consumo y del Estado del Bienestar aparecería, sobre todo en los nuevos profesionales urbanos, este nuevo modelo, que continuaría demandando calidad y no cantidad de hijos, pero ya considerados como meros «bienes de consumo ostentoso». Es aquí donde más se ha empezado a significar la Anorexia Nerviosa.

Esta evolución sería consecuencia de la extensión de la salarización a casi todo el conjunto de la creciente población activa, lo que determinaría la reducción de los linajes familiares y la aparición de una nueva «sociedad de individuos» capaz de suplantar y sustituir a la anteriormente vigente «sociedad de familias». Sin embargo, los padres «posmodernos» continúan gastando una creciente fracción de sus ingresos en los hijos: ¿por qué lo hacen ahora, si ya no parecen abordarlo como inversión de futuro? Según Coleman, lo harían para poder exhibirlos ostentadamente como signo de distinción, señal de riqueza y requisito de status.

### **CAMBIOS GENERADOS EN LA ESTRUCTURA DEL CICLO VITAL FAMILIAR**

En el transcurso del presente siglo hemos asistido a un aumento impresionante de la esperanza de vida. Una de las consecuencias de este hecho ha sido la reducción del tiempo que se dedica a la reproducción, ya que una población que consigue vivir más tiempo necesita

invertir mucho menos esfuerzo en su propia reproducción. Nada tiene de extraño que la familia, como institución social en donde acontece la reproducción de la especie humana, experimente cambios importantes cuando la función a la que está destinada se ve radicalmente atenuada.

El generalizado descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida favorecen la difusión de los hogares constituidos por una sola persona y prolongan los periodos y las fases vitales que los individuos pasan en unidades familiares constituidas por matrimonios sin hijos («nido sin usar» y «nido vacío»).

La caída (o el retraso) de la nupcialidad, el aumento del número de divorcios y la mayor difusión de la convivencia en régimen de cohabitación son también otros tantos comportamientos que, de inmediato, se traducen en la posibilidad de nuevas formas de convivencia doméstica.

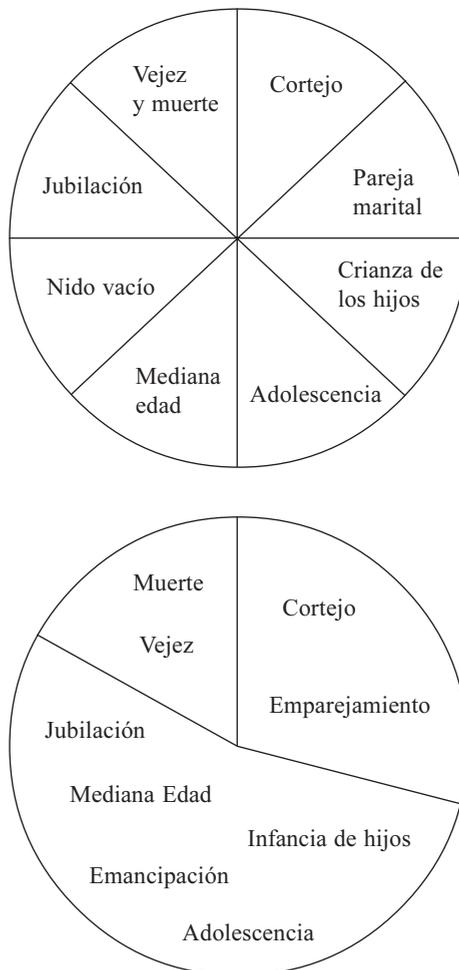
La nueva condición social de la mujer genera una acrecentada inversión femenina en capital humano. Su inclusión en el mercado de trabajo eleva de forma creciente los costes de oportunidad de la producción familiar de hijos. No sólo se trata de que ya no sea necesario producir tantos hijos como antes, sino que la reproducción ha elevado sus costes, al aumentar las asignaciones en tiempo y renta a cada nuevo individuo. La causalidad de todo este proceso de reducción de la fecundidad es, seguramente, circular: además de considerar los costes de oportunidad de la mujer trabajadora, hay que tener en cuenta el llamado proceso de «juvenilización», en virtud del cual se extiende en el tiempo la fase del Ciclo Vital durante la que se es adolescente y joven, un proceso que lleva a prolongar la dependencia familiar de los que esperan integrarse en la vida adulta. La caída de la fecundidad se traduce en una más que notable disminución del tamaño medio de los hogares, lo que contrae las fases del ciclo vital familiar en que sus miembros componen una unidad nuclear.

Por otro lado, parece claro que la familia moderna dejó a un lado importantes funciones económicas y educativas para convertirse en algo parecido a “*una agencia dispensadora de servicios afectivos*”, según Miguel Requena. El afecto, pretendida razón de ser del vínculo sobre el que en primera instancia se construye la unidad familiar, preside el mundo de las relaciones intrafamiliares, proceso de «evolución de la familia linaje hacia la familia sentimental moderna». La pretendida funcionalidad del afecto como mecanismo de control conductual de la vida familiar no deja de ser azarosa, ya que con la irrupción de la «familia sentimental» se estaba ya a un paso de experimentar las desagradables consecuencias de la «sobrecarga emocional». Separada estructuralmente de otros sistemas sociales y entregada a procesos de autorregulación afectiva, la familia moderna tiende a convertirse también en fuente de tensiones que, en ocasiones, abonan su destrucción como unidad de convivientes. Tal sobrecarga no sólo es perceptible en las a menudo conflictivas relaciones paternofiliales, sino también en la extensión de la ruptura matrimonial o en el desarrollo de síntomas (Anorexia) como expresión de las dificultades que la propia familia va experimentado en el curso de su evolución, tal y como venimos apuntando.

Teniendo en cuenta las consideraciones hasta ahora desarrolladas, podemos observar una variación del Ciclo Familiar habitual (Figura 2), en la siguiente forma:

- acortamiento de la etapa de cortejo.
- acortamientos o estiramientos de la etapa de emparejamiento, bien por ruptura, bien por ausencia de hijos o hijos tardíos.
- alargamiento de la etapa de crianza.
- alargamiento de la etapa de madurez/vejez.

Figura 2. Cambio en el Ciclo Vital Familiar.



Las familias y los individuos hacen patología, intentan retrasar o detener su crecimiento, sólo cuando su crecimiento está asegurado, cuando no se cuenta con la amenaza/ posibilidad de no poder subsistir. No es significativa la Anorexia (ningún tipo de Anorexia, salvo la orgánica) en el mundo subdesarrollado o en subculturas urbanas, por las mismas razones que los perros callejeros siempre tienen hambre y, aunque no la tengan, comerán porque «algo» les alerta que puede ser su último bocado en mucho tiempo. La amenaza en el perro callejero o en la familia/cultura subdesarrollada no está en crecer rápido o en un momento inoportuno. El peligro está en NO crecer. No es extraño, pues, que patologías como la Anorexia y la necesidad estén reñidas. Eso es en el caso de que el aumento de los casos de Anorexia Nerviosa que todo el mundo parece constatar sea real, cosa que algunos autores cuestionan.

A nuestro juicio y teniendo presente todo lo dicho, el actual «boom» de la morbilidad anoréxica se nutre básicamente de Anorexias Relacionales, tanto primarias (influyendo los factores de cambio del Ciclo Vital comentados) como secundarias (influyendo los factores socio-culturales). Pero ponemos en duda que los tipos de Anorexia que hemos querido identificar como intrapsíquicas o endógenas hayan aumentado en un porcentaje significativo con relación a otras épocas históricas.

#### REFERENCIAS

- BRUCH, H. (1970) «Changing approaches to Anorexia Nervosa». *International Psychiatry Clinics* 7, 3-24.
- (1971) «Anorexia Nervosa in the male». *Psychosomatic Medicine* 33; 31-47.
- (1973) *Eating disorders: obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. Ed. Routledge & Kegan Paul. London.
- (1973) *Fasting disorders*. Basics Books. New York.
- (1978) *The golden cage*. Harvard University Press. Cambridge M.A.
- BERGMAN, J.S. (1986) *Pescando Barracudas*. Ed. Paidós. Barcelona.
- DANZINGER, Y.; MUKAMEL, M.; ZEHARIA, A.; DINARI, G. and MIMOUNI, M. (1994) «Stunting of growth in Anorexia nervosa during the prepubertal and pubertal period». *Israel J. Med. Sci.*; 30: 581-584.
- ECO, H. (1980) *SIGNO*. Edición Labor, Madrid.

- FERRER I BALSEBRE, L. (1993) «Sobre lo íntimo y lo extraño en la obra de Varela». *SISO-SAUDE*, nº 19.
- GARCÍA RODRIGUEZ, F. (1993) *Las Adoradoras de la delgadez*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- GUTIÉRREZ TIBÓN. (1984) *Los Ritos Mágicos y Trágicos de la Pubertad Femenina*. Ed. Diana 1ª edición Enero. Mexico.
- JUÁREZ GALLEGU, M. (1994) *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Ed. Fundación Fonseca. Madrid.
- MANSILLA IZQUIERDO, F. (1984) «Rasgos de los miembros de la familia Anoréxica mental». *Educadores*. Vol. 127, pag. 245-264.
- RAUSCH, C. y BAY, L. (1990) *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Ed. Paidós. BBAA.
- McFARLANCE, A. H. et al. (1995) «Family Structure, Family Functioning and Adolescent Well-being: the transcendent influence of parental style». *J. Child Psychiat.* Vol. 36. Nº 5, pp. 847-864. G.B.
- MEAD, M. (1971) *Cultura y Compromiso*. Ed. Granica. Barcelona.
- MIGUEL RODRÍGUEZ, A. DE. *La Sociedad Española 1994-1995*.
- MINUCHIN, S. (1980) *Caleidoscopio Familiar: desarrollo de modelos*. Ed. Gedisa.
- POPPER, K. (1982) *Búsqueda sin término*. Ed. Tecnos. Madrid.
- RUSSELL, G.F.M.; SZMUKLER, G.I; DARE, C. y EISLER, I. (1987) «An evaluation of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa». En *Archives of general Psychiatry*, 44: 1047-1056.
- SELVINI PALAZZOLI, M. «La Anorexia Mental». Apuntes personales.
- (1982) *Paradoja y Contraparadoja*. Ed. A.C.E.
- SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1991) *Juegos psicóticos en la familia*. Ed. Paidos Barcelona.
- SCHÜTZE, G. (1983) *Anorexia Mental*. Ed. Herder Barna.
- TORO, J. (1988) «Factores socioculturales en los Trastornos de la Ingesta». *Anuario de Psicología* Nº 38.
- VV.AA. (1995) «La Familia». En *Documentación Social, Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, nº 98. Ed. Cáritas Española. Madrid. Enero-Marzo.