



# Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios

Mabel Gracia Arnaiz (ed.)

Colecció Antropologia Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores  
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,  
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores  
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,  
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers  
Àngel Martínez Hernáez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores  
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest  
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)  
Àngel Martínez Hernáez (ed. cat.)

# Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios

Edició a cura de  
Mabel Gracia Arnaiz



Tarragona, 2012

Edita:  
Publicacions URV

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

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

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

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

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

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

## SUMARIO

PRESENTACIÓN	9
MEDICALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN	17
Modelos explicativos sobre lactancia y alimentación infantil en trabajadores de la salud y madres de San Pedro de Atacama, Chile.....	19
<i>Daniela Leyton Legües</i>	
Experiencias de aprendizaje alimentario desde lo corporal. Nuevas propuestas para la educación alimentaria .....	41
<i>Eva Zafra Aparici</i>	
Las prácticas alimentarias de los diabéticos y sus implicaciones para la identidad de género en las situaciones de comensalidad ..	61
<i>Andréia Aparecida Ferreira Lopes</i>	
Dogma nutricional bajo paradigma biomédico: repercusiones en personas con enfermedades crónicas.....	79
<i>Lina Masana</i>	
GÉNERO, CUERPO Y SUJETOS	101
Alimentación y dietética en los procesos de subjetivación.....	103
<i>Paula Vilbena Mascarenbas</i>	
Comer, alimentarse, engordar. Usos y representaciones en el embarazo .....	121
<i>M<sup>a</sup> Jesús Montes, Ana Castells</i>	
Percepción corporal y alimentación en mujeres rurales de México	135
<i>Sara Elena Pérez-Gil Romo, Gabriela Romero Juárez</i>	
SABERES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	153
Fome em basil: um estudo antropológico .....	155
<i>Maria do Carmo Soares de Freitas</i>	
Alimentando la incertidumbre: el papel de la dieta en la construcción lega de la fibromialgia .....	165
<i>Beatriz Tosal Herrero</i>	

Dietas tradicionales y terapéuticas para nosologías de filiación cultural en comunidades indígenas de Oaxaca.....	187
<i>Silvia Díez-Urdanivia Coria, Alberto Ysunza Ogazón</i>	
Conocimiento, opinión y aceptación de los alimentos transgénicos por parte de los estudiantes de la Universidad de Zaragoza.....	209
<i>Ruth de Luis, María Lavilla, Lourdes Sánchez, Amado Millán, M<sup>a</sup> Dolores Pérez</i>	
ENTRE LA LIPOFOBIA Y LA OBESOGENIA	225
Los TCA como construcción sociocultural.....	227
<i>Albert Moncusí Ferré</i>	
¿Enfermedad o estilo de vida? Los usos del discurso biomédico en las webs pro-anorexia .....	253
<i>Federica Deiana</i>	
Changes in Consumption in Britain: Public attitudes and perceptions.....	275
<i>Christina Benson</i>	
Cuerpo medido y cuerpo percibido: reflexiones sobre la corpulencia a partir de encuestas de salud poblacionales en Chile.....	301
<i>Claudia Giacomán Hernández</i>	
La obesidad como problema social. Los límites entre lo que es saludable y lo que es estético .....	321
<i>María Lluïsa Maldonado Simó</i>	
MIGRACIONES Y CAMBIOS ALIMENTARIOS	339
El Ramadán en Cataluña. Salud y ayuno en diáspora.....	341
<i>Marta Alonso Cabré, Ariadna Solé Arraràs</i>	
Representaciones sobre la desnutrición en niños wayuu explicadas a partir de la cultura de un grupo de wayuu urbano de Venezuela.....	359
<i>Carmen Laura Paz Reverol</i>	
La vivencia del cambio alimentario en la migración.....	381
<i>Elena Espeitx</i>	
Estudio etnográfico sobre la alimentación de los migrantes: el caso de los cubanos en París.....	397
<i>Giada Danesi</i>	

HISTORIA Y POLÍTICAS ALIMENTARIAS	421
El programa de Educación en Alimentación y Nutrición: cuando la alimentación española era satisfactoria (1961-1972)..	423
<i>Josep Xavier Esplugues Pellicer; Eva María Trescastro López</i>	
La transición de la malnutrición: emergencia de la obesidad en España .....	441
<i>Isabel Castelló Botía, Josep Bernabeu Mestre, Carmina Wanden-Berghe</i>	
Alimentación, enfermería y cultura: el antecedente histórico de las visitadoras puericultoras .....	459
<i>M<sup>a</sup> Eugenia Galiana-Sánchez; Josep Bernabeu-Mestre</i>	
La regulación de la sacarina en la Valencia del primer tercio del siglo xx: seguridad alimentaria, competencia comercial y control de la innovación .....	479
<i>Ximo Guillem-Llobat</i>	
La construcción del problema de la nutrición en el periodo de entreguerras .....	495
<i>Josep L. Barona</i>	



## PRESENTACIÓN

En el año 2009 consideramos oportuno que el IX Coloquio Internacional REDAM se convirtiera en un lugar para que las diversas ciencias que abordan la relación entre salud, alimentación y cultura se encontraran y dialogaran entre sí. En el origen de esta decisión se encontraba el convencimiento de que estas jornadas servirían para generar un espacio fructífero de discusión y reflexión crítica sobre la forma como los modos de vida, condicionados por factores económicos, políticos y culturales, influyen en los comportamientos alimentarios y la salud de las poblaciones. Y así fue.

Las ponencias recogidas en este texto muestran que el día a día de las agendas de los estudiosos de la alimentación está repleto de fenómenos que, aun formando parte de procesos históricos más amplios, deben ser tratados desde el conocimiento de las diferencias culturales, de las diversas formas de desigualdad social y de las implicaciones sociales que la comida tiene para la salud humana, el entorno y las sociedades. La producción, distribución y consumo de alimentos implica numerosos ámbitos y agentes en cualquier lugar y abarcan desde las actividades agrícolas hasta el procesamiento de los alimentos; desde el restaurante o el comedor escolar al hogar; desde el individuo al grupo social; e intervienen, a su vez, en el proceso de salud/enfermedad/atención. A pesar de la abundancia aparente, el sistema de producción alimentaria actual no asegura las necesidades básicas entre las personas, ni el reparto equitativo de los alimentos, ni la capacidad regenerativa de los recursos utilizados ni tampoco la preservación de la diversidad biocultural. Tampoco favorece la confianza en los alimentos producidos, ni el deseo tan humano como legítimo de querer preservar y mejorar la calidad de vida.

El objetivo de la mayor parte de los trabajos de este libro es dar cuenta de algunos de los numerosos interrogantes que siguen apareciendo en relación con el nuevo orden alimentario, aunque como bien sabemos las preguntas se suceden con más celeridad que las respuestas. Uno, por ejemplo, resulta hoy particularmente importante,

a la vez que exige la aplicación de todos los esfuerzos posibles: ¿por qué el comer y el no comer tienen hoy esa tan relevante centralidad? ¿Cuáles son las razones y cuáles son sus efectos? ¿Por qué el consumo alimentario alcanza significaciones tan dispares y contrastantes dependiendo de donde nos encontremos? Cuando parece que, en efecto, una parte del mundo puede garantizar a la mayoría de sus habitantes el acceso relativamente fácil a los alimentos, que el fantasma del hambre permanece solo en la memoria de las personas mayores o en las extremadamente pobres, y que la elección entre lo diverso se convierte en una posibilidad cotidiana, las sociedades industrializadas se enfrentan hoy a nuevos problemas derivados, ahora, de esta nueva situación. Los discursos públicos son, principalmente, alarmantes: alerta por los consumos (calidad dudosa de los alimentos, consumo desproporcionado de algunos nutrientes), precaución en relación con las prácticas (desestructuradas, individualizadas, *macdonalizadas*), alerta por las confusiones o errores (los *no saberes*) y temor ante el incremento de ciertas enfermedades (cardiovasculares, neoplasias, diabetes, obesidad, anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia). En los últimos años, las tendencias en los países industrializados hablan de homogeneización de consumos, de desestructuración de las prácticas y saberes y de enfermedades derivadas de los excesos y desórdenes alimentarios. No obstante, la otra cara de la moneda, la otra parte del mundo —la menos industrializada o moderna—, sigue enfrentándose a los problemas derivados de la escasez y de la miseria. Precisamente ahí, en los países víctimas de los procesos de colonización y descolonización, las tendencias son aún más alarmantes. El hambre, como bien argumentó Carmo S. de Freitas en la lección inaugural y en la introducción de este libro, no es ningún fantasma, es una realidad diaria que cuesta la vida de miles de personas, especialmente niños y mujeres. La reciente hambruna declarada por Naciones Unidas en dos regiones del sur de Somalia, Bakool y Bajo Shabele, son un ejemplo dramático de todo ello. El hambre convive cronificada, incluso, en muchas de las denominadas economías «emergentes». ¿Cómo deben explicarse tales desigualdades y desequilibrios sociales? ¿Qué puede hacer el conocimiento antropológico ante todo esto? ¿Cómo debe participar en la resolución de estos problemas y hasta dónde debe llegar?

Sobre estas y otras incertidumbres y expectativas alimentarias están trabajando investigadores desde distintas disciplinas y enfo-

ques teóricos. Pero, ¿cómo lo están haciendo? Sabemos que estudiar la alimentación humana y comprender los problemas que le afectan exige convocar saberes diversos porque *comer* es un hecho de dimensiones y repercusiones *bio-psico-sociales*. La centralidad que la alimentación ha adquirido en la subsistencia humana a lo largo de la historia, así como el conjunto de las actividades tecnológicas, sanitarias o políticas que la articulan, han hecho de ella un objeto atractivo para la ciencia. En general, la literatura científica concibe el hecho alimentario como un objeto poliédrico de numerosas caras, limitadas entre sí. Cada una de ellas responde, habitualmente, a una visión o interés particular sobre la comida o el comer, sobre sus funciones y efectos. Como ha sucedido con otros fenómenos de naturaleza compleja, hoy nadie discute que lo alimentario pueda o, mejor dicho, deba ser estudiado atendiendo a una perspectiva multidisciplinar. Así, son numerosos los trabajos que hechos desde las ciencias experimentales, sociales o humanas dan cuenta, recurriendo a un conocimiento especializado, de las dimensiones nutricionales, psicológicas o económicas de las preferencias y aversiones alimentarias, del consumo de alimentos o de la obesidad, por poner algunos ejemplos.

Se ha tratado, sin embargo, de visiones normalmente unilineales sobre el mismo fenómeno, arropadas por los marcos epistémicos de cada ciencia. La colaboración científica apenas palia la tradición en este sentido. Cuando la biomedicina se interesa por el objeto de la alimentación, ésta queda reducida a su capacidad nutricional, concibiéndola únicamente como un agente causal de salud o enfermedad. Cuando, por su parte, la economía le dedica su atención, ésta se circunscribe a evaluar la disponibilidad o el gasto alimentario en un país o la capacidad de generar negocio de un sector. Y así sucesivamente.

Aunque son numerosas las disciplinas dedicadas al estudio de la alimentación humana, dos son los enfoques predominantes en primera instancia, el biomédico y el sociocultural, a los que habría que añadirle ciertamente otros dos más en tanto que últimamente han ido adquiriendo mayor peso; es el caso del cognitivo y el tecnológico. Desde el primer enfoque se ha tendido a estudiar los determinismos fisiológicos y genéticos o las finalidades biológicas de la alimentación, así como las relaciones entre nutrición y salud, mientras que desde la segunda perspectiva se ha insistido en la dimensión simbólica, funcional e identificativa del hecho alimentario. Ha sido, no obstante, esta última desde

la cual se ha planteado la oportunidad, no solo de tener en cuenta la multidisciplinaridad en el abordaje de lo alimentario, sino también la colaboración interdisciplinar.

El trabajo interdisciplinar implica un esfuerzo de comunicación, síntesis o integración, mientras que la multidisciplinaridad hace referencia por lo común a una recopilación, a un grupo o a un abanico de maneras de ver lo alimentario. A diferencia de otros científicos, los especialistas en antropología de la alimentación, como ya hicieran Audrey Richards y Margaret Mead en los años treinta y cuarenta del pasado siglo, insisten repetidamente en la necesidad de romper los paradigmas de comunicación actuales entre los diferentes profesionales que se dedican a los temas de nutrición y alimentación, planteando como imperativo el hecho de contar siempre con la participación de las poblaciones a las que se dirija cualquier acción de los expertos, con la finalidad de ejercer un verdadero intercambio y evitar crear cualquier dependencia en las culturas afectadas.

Hasta hace relativamente poco tiempo el diálogo entre los dos tipos de ciencias, biomédicas y sociales, no ha sido frecuente —si no prácticamente inexistente—, y si algo han mostrado las investigaciones que se han ido haciendo desde finales del siglo pasado es la patente dificultad a la hora de establecer un código común entre los dos ámbitos de observación y análisis. Los resultados de estos desencuentros entre lo biológico y lo social han sido, por un lado, los numerosos fracasos de los programas de intervención nutricional y salud y, por otro, las insuficiencias registradas en buena parte de los estudios sobre prácticas alimentarias que han insistido solo en lo social, sin pasar en ocasiones del plano meramente descriptivo de las identidades culturales.

Cabe decir también que, a veces, los enfoques unidisciplinarios también se han producido en el propio seno de las ciencias humanas y sociales. Ciertamente, no es frecuente ver trabajar a los historiadores junto con los economistas o los sociólogos. Así pues, una primera cuestión que hay que tener en cuenta es que las ciencias sociales no son unitarias. Existen en lo plural y consisten en la pluralidad de perspectivas intelectuales y de investigación, aunque compartan objetos, presupuestos y técnicas de análisis. Por otro lado, las ciencias sociales siempre serán diferentes del resto de ciencias, simplemente en virtud de la naturaleza de aquello que estudian y que implica, de entrada,

que nunca se pueda proceder por estricta replicación. No hay laboratorios, no hay experimentos. Los seres humanos tienen memoria y lenguaje, capacidades que aportan motivación y originalidad: ninguna circunstancia social es idéntica a otra, ninguna configuración política se puede reproducir nunca exactamente, ningún acontecimiento económico se repite del mismo modo. En este sentido, la historia no es estrictamente el pasado, sino también el presente y el futuro todo en uno; la historia es simplemente el transcurso del tiempo. La imposibilidad de replicación y, de este modo, la irrelevancia de una estricta versión del método experimental, es una de las razones por las que una buena parte de los científicos sociales se distancian ellos mismos metodológicamente de las ciencias biomédicas, físicas u otras. Otros, incluso, se desgajan a sí mismos de los «científicos» y rehúsan denominar a su trabajo como «ciencia».

En realidad, el problema que tenemos muchos de los profesionales dedicados al estudio de la alimentación humana es que reconocemos la complejidad biosocial de la alimentación humana pero no la incorporamos en nuestros cuerpos teóricos y en nuestra praxis, o solo muy parcialmente. En el fondo, el problema que experimentamos la mayoría es que nos falta interés para plantearnos su análisis desde esta complejidad y, lo que es más importante, nos falta formación de base interdisciplinar que nos haga capaces de comprender y abordar el carácter multidimensional del hecho alimentario. Hay que insistir en que es necesario, dentro de las especializaciones, establecer un punto de encuentro, un espacio común donde los presupuestos teóricos y los recursos técnicos, en lugar de distanciarse, se aproximen y eviten, en la medida de lo posible, los errores y fracasos acumulados.

Un problema a resolver, en este sentido, y que constituye otro freno importante, son las incómodas limitaciones que en el terreno aplicado imponen, con frecuencia, no solo las diferentes disciplinas científicas entre sí, sino las propias áreas de conocimiento. A menudo, los antropólogos más teóricos consideran que profesionalizarnos y trabajar para «resolver problemas» o «mejorar situaciones» puede acarrear excesivos costes epistemológicos y temen que la aplicabilidad convierta a la antropología en una ciencia excesivamente dependiente de las necesidades del «mercado científico».

A través de un total de 25 ponencias, esta compilación ilustra la diversidad temática y disciplinar con la que podemos/debemos acer-

carnos al estudio de la alimentación humana. Escritas mayormente por antropólogos, pero también por historiadores, economistas, médicos, enfermeros y psicólogos, los textos han sido articulados en torno a seis ejes principales: la globalización; el cuerpo y el género; las representaciones y las prácticas sociales; las migraciones internacionales; la emergencia de «nuevas» patologías y las políticas públicas alimentarias. Leídos de manera individual reflejan tímidamente algunos de los problemas que los marcos de cada disciplina imponen a sus estudiosos. No obstante, la mayoría han incorporado una visión holística y comparativa a la hora de dar respuesta a cuestiones concretas, e incorporan una mirada compleja sobre los fenómenos. Un ejemplo de esta visión poliédrica de la alimentación y la nutrición la sintetiza rigurosamente Josep Lluís Barona en su texto sobre el problema de la nutrición en el periodo de entreguerras. Con él se cerró el IX Coloquio Internacional REDAM y con él nos reafirmamos en que escatimar las intersecciones científicas no parece, en ningún caso, oportuno. Y menos cuando se pretende dar cuenta y resolver problemas que, si bien afectan a los grupos sociales, se desenvuelven en contextos plurales y cambiantes. Los hechos alimentarios son, esencialmente, transdisciplinarios: transitan entre el espacio ecológico, biológico, psicológico, socioeconómico o político. La antropología, como otras ciencias cuyo objeto de estudio camina por espacios intersticiales, ha buscado con mayor o menor éxito —o esfuerzo— favorecer encuentros interdisciplinarios, especialmente, aunque no solo, cuando sus investigaciones han tenido una finalidad aplicada. En favor de ello ha desempeñado un papel relevante el haberse interrogado desde sus orígenes acerca del porqué de los elementos comunes y divergentes presentes en las numerosas caras del poliedro alimentario.

En la actualidad, la (auto)reflexión y, sobre todo, la urgencia ante problemas de subsistencia graves están predisponiendo el diálogo entre las diferentes disciplinas que se ocupan lo alimentario. Se puede observar en los lugares donde han emergido debates teóricos-metodológicos intensos, como EE.UU., Francia o el Reino Unido; y en países donde la diversidad socioeconómica y étnica, la situación de hambre y pobreza extrema de ciertas poblaciones y la exigencia de dar respuestas a necesidades concretas han favorecido, con mayor frecuencia, la discusión sobre los límites del propio conocimiento científico y la búsqueda de la colaboración entre estudiosos procedentes

de distintas disciplinas. En algunos lugares, como muestran más adelante algunos artículos de investigadoras de Brasil, México o Chile, el estudio de las relaciones existentes entre la alimentación, la salud y la cultura se ha producido, aunque no solo, desde el campo de las ciencias biomédicas y, en particular, de la nutrición. En este sentido, son numerosos los estudiosos que han optado por ampliar, para mejorar sus propuestas de intervención, su formación en ciencias sociales, sobrepasando los límites impuestos por una epistemología obsesionada, a menudo, en medir y cuantificar las ingestas alimentarias más que en comprender la compleja naturaleza de los comportamientos alimentarios. En España, los esfuerzos por aproximar posiciones han sido, hasta la fecha, mucho más limitados y, en cualquier caso, insuficientes.

Los sucesivos congresos y jornadas de antropología, y en general de ciencias sociales y biomédicas, celebrados a lo largo de los últimos años han servido para que, en el a veces encorsetado marco de simposios ya tradicionales, algunos de nosotros hayamos conocido el trabajo de los demás, así como para que se inicien, aunque tímidamente, los primeros proyectos de investigación conjunta. Aun así, se trata de iniciativas puntuales y, de momento, esporádicas. Es evidente tendremos que dedicarnos más a la promoción de la colaboración interdisciplinar e interuniversitaria, en la medida en que el asentamiento de los estudios socioculturales sobre alimentación se producirá antes si en el ámbito académico e institucional español se unen esfuerzos, que si éstos se producen de forma dispersa. Esperamos que este libro sirva para ilustrar todas estas consideraciones y reforzar la necesidad de trabajar sobre alimentación, salud y cultura *en y desde* la interdisciplinaridad.

Mabel Gracia Arnaiz  
Tarragona, julio de 2011



## MEDICALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN



MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN  
INFANTIL EN TRABAJADORES DE LA SALUD Y MADRES  
DE SAN PEDRO DE ATACAMA, CHILE.

Daniela Leyton Legües

*Doctoranda en Antropología Social. Universidad Autónoma de Madrid.  
Becaria de la Comisión Nacional de Ciencia  
y Tecnología del Gobierno de Chile (CONICYT).  
Darío Urzúa, 1925, dpto. 402, Providencia. Santiago de Chile  
dvleyton@yahoo.com*

*Resumen: Este artículo indaga en los modelos explicativos sobre lactancia materna exclusiva y alimentación infantil por parte de trabajadores de la salud y madres de San Pedro de Atacama y Toconao. Los modelos tratan dimensiones culturales vinculadas al desarrollo corporal del bebé, la salud y crianza, ofreciendo muestras de una tensión abierta entre dichos modelos que implicaría un proceso de reacomodación de roles y articulación de prácticas médicas en la unidad doméstica.*

*Palabras clave: modelos explicativos, sector biomédico de salud, sector popular de salud, lactancia materna exclusiva, alimentación infantil.*

*Abstract: This paper explores the Explanatory models of Exclusive Breast-feeding and childhood feeding among Healthcare staff and mothers of San Pedro de Atacama and Toconao, Chile. I discuss the cultural dimensions of these models by looking at notions of child's physical development, health, and rising. Finally I show that the tension between both models results in a process of rearrangement of roles and articulation of medical practices within the household.*

*Keywords: Explanatory models, professional sector of health care, popular sector of health care, exclusive breast-feeding, childhood feeding.*

### *Introducción*

Este artículo corresponde a parte de la investigación realizada para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados<sup>1</sup>, en concreto la que tuvo como objetivo indagar en la articulación de negociaciones y significaciones que surgen entre los actores del sector biomédico y popular de salud en torno a las trayectorias del cuidado de la salud infantil. Para ello se realizaron trabajos de etnografía en las localidades de San Pedro de Atacama y Toconao.

En las últimas décadas, los poblados atacameños de San Pedro de Atacama y Toconao<sup>2</sup> han experimentado cambios socioeconómicos fomentados por un intenso desarrollo de las actividades de empresas mineras de gran extracción y del ámbito turístico, situaciones que han incidido en transformaciones vinculadas a la organización y estructura de la vida familiar y comunitaria (Núñez, 2002). Lo anterior incidiría en el surgimiento de un proceso de reelaboración y reconocimiento de su propia identidad étnica que queda expresado en el surgimiento de su actual denominación, Lican Antay<sup>3</sup> (Gundermann, 2004). Dichos procesos se insertan en un contexto donde se mezclan lo «local», liga-

1 La investigación titulada «Trayectorias del cuidado de la salud infantil en San Pedro de Atacama, Chile. Entre el manejo de la subalternidad y el imaginario del riesgo» se realizó para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados en el Doctorado de Antropología Social de la Universidad Autónoma de Madrid, en mayo de 2010.

2 Las localidades de San Pedro de Atacama y Toconao forman parte de los oasis ubicados alrededor del Salar de Atacama vinculados a la etnia atacameña, o *lican antay*. Los poblados se organizan administrativamente en la comuna de San Pedro de Atacama, que tiene cerca de 5.000 habitantes, cuya mayor parte —el equivalente al 64% (3.166) del total comunal para el año 2002— se concentra en la localidad del mismo nombre. De acuerdo al Plan de Desarrollo Comunal de la Municipalidad, el 51,1% (1.620) de la población de San Pedro se declara de origen atacameño. Respecto al sexo, el 42,3% (1.341) corresponde a población femenina. La localidad de Toconao, en cambio, se compone por 732 habitantes, de los que el 74,9% (548) se declara de origen atacameño, mientras que el 45,6% (334) corresponde a población femenina. En relación a la edad, la comuna concentra una población potencialmente activa entre los 15 a 64 años de edad, tanto en hombres como mujeres, aunque los hombres son mayoría en todas las localidades. Dicho grupo de edad corresponde al 71,8% del total comunal (Municipalidad San Pedro de Atacama, 2006).

3 La denominación de «atacameños» ha sido rechazada por parte de la comunidad al considerarla impuesta durante el periodo colonial español; en oposición han optado por la de Lican Antay como una autodenominación.

do al «mundo andino» eminentemente rural, agrario y pastoril (Nuñez, 2007), y lo «global», asociado a la inserción en una economía neoliberal de mercado.

Así mismo, desde la década de los años 90 del pasado siglo, con la promulgación de la Ley Indígena<sup>4</sup>, el Estado chileno, a través de un mecanismo político y burocrático, ha fomentado la generación de organizaciones indígenas de la sociedad civil que sirvan de interlocutores ante las instituciones del Estado, con la finalidad de otorgar reconocimiento a la diversidad étnica del país y superar las inequidades sociales y económicas históricas de los pueblos indígenas (Boccaro, 2007; Bolados, 2007; Boccaro y Bolados, 2008). En este sentido se han llevado a cabo programas interculturales bajo la ejecución de organismos del Estado y financiación de la cooperación internacional, como es el caso del Programa Orígenes, financiado por el Estado y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El programa busca actuar sobre diversas áreas de la realidad social, por lo que posee componentes de educación, fortalecimiento institucional, desarrollo productivo y salud.

En el espacio dedicado a la salud se pretende rescatar y fomentar los conocimientos médicos indígenas con el afán de disminuir la «desigualdad»<sup>5</sup> e integrar la «diferencia», para lo cual se ha pensado en implementar un «modelo de salud intercultural» que contemple «la

<sup>4</sup> La Ley Indígena del año 1993 contempla el reconocimiento de la existencia de pueblos indígenas u originarios en el país, los cuales pueden actuar como interlocutores frente al Estado de Chile pero no contempla la participación política ni la autogestión de los pueblos. Así mismo, la ley da origen a la Comisión Nacional de Pueblos Indígenas (CONADI), que se encarga principalmente de centralizar y administrar todo lo relativo a los derechos de los pueblos e individuos indígenas, en relación al reconocimiento por el Estado de dicha condición, y a la promoción del desarrollo integral en lo económico, social y cultural a través de la gestión de diversos sectores del Estado y la sociedad civil, como también se encarga de la financiación de actividades de inversión.

<sup>5</sup> De acuerdo con el Índice de Infancia y Adolescencia (MIDEPLAN, 2009), la comuna de San Pedro de Atacama posee índices inferiores a la media regional y nacional en educación, habitabilidad y salud. El índice de la dimensión salud es de 0,331, para una escala que va de 0,0 a 1,0, lo que es evaluado como muy bajo, quedando además muy distanciado del índice regional, que es de 0,643, y del nacional, que es del 0,646. El índice de salud se construye en torno a la tasa de mortalidad infantil, que considera las defunciones producidas en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos; la tasa de mortalidad en niños entre 1 y 4 años por cada mil nacidos vivos; y la tasa de mortalidad por causas reducibles en población adolescente de entre 15 a 19 años por cada mil habitantes.

sensibilización de los funcionarios del sistema de salud para mejorar el trato y la pertinencia cultural en la atención a la población indígena» (Orígenes, 2004). Así, la finalidad del componente salud es la de «contribuir a elevar la situación de salud de la población rural mapuche, aymara y atacameña, mediante la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso físico a los servicios» (Orígenes, 2004).

La comuna de San Pedro de Atacama solo cuenta con servicios de atención primaria de salud pública. Su estructura consiste en el Consultorio General Rural, ubicado en la localidad de San Pedro; unas Postas Rurales en cuatro localidades de la comuna —entre ellas, Toconao—, y en Estaciones Médicas en las localidades más pequeñas y aisladas. Los profesionales de la salud son dos médicos, tres enfermeras, dos matronas, un quinesiólogo, un quinesiólogo practicante, una dentista y una psicóloga, que atienden básicamente en el consultorio. También cuenta con profesionales del área social y de educación, como la trabajadora social y la educadora de párvulos<sup>6</sup>. También trabajan paramédicos que se hacen cargo de la atención del vacunatorio, de la farmacia, de la entrega de leche, de las citas médicas y de la recepción en el servicio de urgencia. Las Postas Rurales, por su parte, son atendidas por paramédicos o auxiliares paramédicos, generalmente de origen lican antay. De este modo, para que la población de las localidades sea atendida por profesionales se realizan rondas médicas, que, en el caso de Toconao, son más numerosas que en el resto de

<sup>6</sup> Los profesionales mencionados son los que trabajaban en marzo de 2009; sin embargo, la rotación de personal es elevada debido a que las condiciones contractuales no los satisfacen plenamente, ya que consideran que San Pedro de Atacama es una zona rural de elevado coste de vida producto de ser un foco de interés turístico. Además, los profesionales no sobrepasan en promedio los 30 años de edad, por lo que muchos están iniciando su carrera profesional. También hay que destacar que pueden ser contratados por medio de tres vías que implican diversas condiciones contractuales. Una es a través del Servicio Regional de Salud, que se encarga del contrato de médicos e incluye incentivos económicos en la contratación por tratarse de una zona rural y aislada. Otra vía es por medio de la Municipalidad, que emplea a la planta básica de trabajadores de salud (matrona, enfermera, paramédicos y auxiliares paramédicos). La tercera vía es a través de los programas del Ministerio de Salud, que buscan mejorar las condiciones de salud en problemáticas específicas, como por ejemplo en salud infantil con el Programa Chile Crece Contigo, destinado al cuidado integral de la primera infancia, que contrata a una enfermera, una matrona y a una educadora de párvulos, mientras que el programa destinado a las enfermedades e infecciones respiratorias agudas contrata a los quinesiólogos.

localidades. Se efectúa una vez a la semana por su mayor número de población y participan solo los profesionales contratados por el Servicio Regional de Salud y la Municipalidad.

### *Metodología*

El trabajo de campo etnográfico se realizó en dos etapas, junio de 2008 y marzo y abril de 2009. Las técnicas cualitativas utilizadas fueron entrevistas abiertas, semiestructuradas, entrevista grupal y observaciones. La muestra se enfocó en dos grupos, el de los trabajadores de la salud y el de madres de San Pedro de Atacama y Toconao. Respecto a los trabajadores de la salud, se entrevistó a la totalidad de los trabajadores vinculados a la atención de bebés y niños menores de 4 años, lo que incluyó entrevistas abiertas y semiestructuradas a enfermeras, matronas, educadora de párvulos, médicos, quinesiólogos y paramédicos y auxiliar paramédico, además de observaciones en el consultorio y la posta de Toconao.

En relación al grupo de madres, la muestra englobó a usuarias de los servicios de atención de salud pública con al menos un hijo menor de 4 años. De este modo, se trabajó con entrevistas semiestructuradas y una entrevista grupal con la mitad de las madres apoderadas del jardín infantil de Toconao, cuyo promedio es de 28 años de edad y dos hijos. La mitad de ellas se desempeñan como amas de casa, mientras que el segundo grupo realiza trabajos remunerados fuera del hogar, como aseo o servicios a la empresa minera del Salar de Atacama, o bien en negocios de venta de alimentos.

Finalmente, se realizó un análisis de contenido con los datos obtenidos sobre el terreno.

### *Modelos explicativos en torno a la lactancia y alimentación*

En San Pedro de Atacama se distinguen tres sectores de salud. De acuerdo con el modelo desarrollado por A. Klienman (1980) serían: *a)* sistema biomédico, representado principalmente por el sistema de salud pública de la comuna, y que aparece como el «modelo médico hegemónico» (Menéndez, 1981); *b)* sector popular o familiar, denominación con la que nos referiremos a la atención y cuidado de la salud que proviene de las prácticas familiares, un modelo que se va

transmitiendo entre generaciones y va incorporando saberes de los otros modelos a partir de la experiencia; corresponde al «modelo de autoatención o autocuidado» desarrollado por Menéndez; y c) sistema médico indígena, o «modelo alternativo subalterno», de acuerdo con la estructura de Menéndez (1981).

En el presente texto nos centraremos en analizar los «modelos explicativos» (Kleinman, 1980) de trabajadores de la salud biomédica y de madres de Toconao en torno a la lactancia y la alimentación infantil, dado que las concebimos como unas de las principales prácticas relacionadas con el cuidado de la salud infantil que generan diversas significaciones culturales; en concreto, las que inciden en las interrelaciones entre trabajadores y madres, que se hacen patentes fundamentalmente en el control de salud infantil llamado «Control del Niño Sano»<sup>7</sup>.

Los «modelos explicativos» pueden definirse como una estructura que permite diferenciar los modelos de los pacientes y de los profesionales, ya que consideran que sus bases se encuentran en sectores distintos dentro de un sistema de atención de salud. De tal modo que los modelos explicativos, al referirse a nociones sobre una enfermedad y su tratamiento utilizado por los distintos actores que forman parte del proceso salud/enfermedad/atención, constituyen un elemento central en la atención en salud, dado que estarían implicando una diversidad de criterios para la elección y adopción de ciertos tratamientos o cuidados por parte de pacientes y sus familias, así como también por los trabajadores de la salud (Kleinman, 1980).

Si bien los modelos explicativos hacen referencia a nociones vinculadas a procesos de enfermedad, se ha decidido utilizarlos para el análisis de la lactancia materna exclusiva (LME) y la alimentación infantil debido a que estas prácticas se pueden abordar como un proceso de tratamiento y control continuo sobre el recién nacido y la madre. Además, lo lleva a cabo el sistema de salud pública, lo que permite que entren en juego diversas nociones manejadas por los trabajadores de la salud y por las madres. De este modo, los modelos explicativos de ambos actores se abordan de acuerdo con las dimen-

<sup>7</sup> Este control lo hacen las enfermeras en los consultorios o postas rurales de todo el país. Se realiza con la finalidad de ir evaluando el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo del niño desde que nace hasta los 5 años y 11 meses de edad.

siones culturales que aparecen en el discurso y en la práctica de la lactancia materna y la alimentación, conceptos que aparecen vinculados a significaciones en torno a la crianza, el desarrollo corporal del bebé y la salud.

La lactancia y alimentación infantil no se comprenden como fenómenos naturalizados sino que se encuentran matizados por factores socioculturales, económicos y políticos (Esteban, 2000; Fort, Mercer y Gish, 2004; Maher, 1992). Así pues, resulta posible abordarlas como fenómenos que se han transformado en procesos medicalizados y controlados desde la biomedicina, fundamentalmente desde la salud pública.

### *Modelos explicativos de alimentación y lactancia de los trabajadores de la salud (TS)*

El énfasis en políticas de alimentación y lactancia infantil propiciado desde la salud pública en Chile se viene generando desde los años 40 del siglo xx. A través del tiempo ha pasado por múltiples estrategias, variaciones en la calidad y tipo de alimentos entregados a la población infantil producto del cambio de políticas sociales y de transformaciones socioeconómicas (Illanes, 1993), así como por las modificaciones nutricionales que ha experimentado la población infantil en el país.

De forma general, se puede mencionar que a inicios de los años 40 se crean los servicios Madre y Niño de distribución de leche gratuitos para la población más pobre, operados por la Caja del Seguro Obligatorio, donde además se controlaba al recién nacido, se entregaba información sobre una alimentación saludable a la madre y se fomentaba la lactancia materna. Ésta, sin embargo, ya era promovida con anterioridad a dichas estrategias del Estado a través de las acciones de médicos vinculados a la pediatría y expertos en puericultura por medio de campañas informativas en los lactarios de principios del siglo xx. Ahora bien, de acuerdo con los médicos y expertos de la época, la lactancia materna en los sectores populares era abandonada prontamente, ya sea por una baja producción de leche por la madre debido a una mala alimentación, o por su incorporación al trabajo asalariado, lo que le impedía dar de mamar al bebé (Zárate, 2010).

Fue necesario entonces la creación de políticas coordinadas de orden social y sanitario, que propiciaron la superación de los serios

problemas de mortalidad infantil provocada por una alta incidencia de desnutrición infantil. Así, al principio de la década de los 60 Chile tenía la tasa de mortalidad infantil más alta de América Latina, un 120 por mil, que disminuyó al 9,5 por mil en el año 2002. De este modo, las estrategias a partir de los años 60 se enfocaron hacia acciones concretas orientadas a la población infantil, en aspectos como nutrición, salud primaria, educación y sanidad ambiental, con lo cual se logró disminuir la desnutrición infantil a un 3,7% en el año 2002, a diferencia del 37% del año 1960 (Mönckeberg, 2003).

Los expertos de los ámbitos de la salud y la nutrición coinciden en que las políticas fueron exitosas. Considerando las diversas crisis económicas que experimentó el país, se logró disminuir drásticamente la mortalidad y desnutrición infantil durante la segunda mitad del siglo XX (Valiente y Uauy, 2002). Ahora bien, este proceso se vincula no solo al establecimiento institucional de un sistema de salud pública biomédico, sino también implica la desautorización de las prácticas y conocimientos populares, que quedan marginados por el modelo médico hegemónico.

La alimentación infantil promovida actualmente por el sistema de salud pública a escala nacional se inicia con la lactancia materna exclusiva (LME) hasta al menos los seis meses de vida del bebé, y solo posteriormente se incentiva la incorporación de otros alimentos a la dieta, como verduras y frutas. Desde los seis meses y hasta los 5 años y 11 meses de edad se entrega a cada niño una cantidad mensual de leche de fórmula. En caso de que las enfermeras identifiquen problemas de bajo peso, a la entrega normal de leche se agrega un alimento complementario en base a sopas. Así mismo, si un bebé nace bajo peso, se ingresa en un programa particular que destina un relleno especial para los bebés. A su vez, la promoción de una nutrición adecuada implica el acceso a leche para la madre durante el periodo de gestación y amamantamiento.

La entrega de leche, entonces, pasa a ser una práctica que se percibe como un servicio y un derecho, lo que genera un interés por parte de la población usuaria: las familias de Toconao acuden a la posta de salud y las de San Pedro al consultorio a retirar la leche para niños y niñas. De este modo, el «modelo explicativo» que surge desde los trabajadores de la salud lo podemos vincular a factores que hemos

definido con fines analíticos como «intrínsecos» o «extrínsecos» a la práctica de la lactancia materna y alimentación del infante.

Entre los «factores intrínsecos» del modelo, la alimentación del bebé en base a la LME es promocionada por los trabajadores de la salud debido a la «estimulación del apego madre-hijo»; la «incidencia en la salud presente y futura del infante»; y al «desarrollo corporal del bebé». Por otro lado, entre los «factores extrínsecos» ubicamos aspectos socioculturales del contexto atacameño vinculados por los trabajadores a «patrones de crianza y roles familiares».

La «estimulación del apego madre-hijo» a través de la lactancia materna se plantea como una de las acciones primordiales para fortalecer los vínculos afectivos entre el bebé y la madre. Este discurso, fuertemente promocionado por los programas de gobierno orientados a la protección de la primera infancia, se plasma en la entrega de cartillas informativas a padres y madres durante el embarazo. Dichas cartillas hacen hincapié en las consecuencias de la calidad del apego para las relaciones de confianza y sentimientos de seguridad futuros del niño.

En relación a la incidencia de la LME en la «salud del niño y la niña», los trabajadores de la salud plantean que los estudios científicos han comprobado su eficacia y relevancia, ya que constituye uno de los mecanismos fundamentales en la transmisión de anticuerpos (inmunoglobulina) para el niño, lo que incide en el desarrollo saludable del bebé hasta llegar a la edad adulta. Esta situación genera que desde la biomedicina se exija a las madres que inicien el amamantamiento inmediatamente ocurrido el parto para estimular la lactancia materna y evitar que el bebé pueda llegar a producir algún fallo orgánico: «... resulta que los recién nacidos no tienen su sistema bien establecido, bien maduro [...] ya sea el tema de la termorregulación como también el tema del metabolismo, entonces a ellos cuando les baja la glicemia [...] la única forma de tener azúcar es a través de la leche materna. Entonces si el bebé no recibe azúcar en su sistema interno se desordena todo metabólicamente [...] empieza a liberar ácidos a la sangre lo que hace que el ph de la sangre se vuelva [...] más ácido que lo habitual, entonces al acidificarse corre riesgo de una cirrosis metabólica y es ahí donde empieza con problemas de respiración que se puede llegar hasta morir...» (TS).

Las madres atacameñas que se guían por patrones de la medicina popular y tradicional atacameña. Antes de comenzar a amamantar

consideran central que la mujer descanse para tomar fuerzas y recuperarse tras el parto a través de una serie de cuidados que evitan que se produzca la llamada «recaída»<sup>8</sup> entre las puérperas. Por este motivo, muchas madres prefieren amamantar a su bebé al día siguiente de ocurrido el parto, mientras que se sienten presionadas a iniciar antes el amamantamiento en los hospitales donde han dado a luz.

Respecto al «desarrollo corporal» del bebé, en el modelo explicativo de los trabajadores se desprende que los recién nacidos aún no tienen sus órganos en completo y perfecto funcionamiento, por lo que no están preparados para recibir ningún otro tipo de alimento. Los trabajadores intentan explicar su punto de vista a las madres pero consideran que una vez en sus casas no cambiarán los hábitos que ya han adquirido de sus familiares respecto al cuidado de su bebé: «... me decía que le estaba dando agüita<sup>9</sup> en patito<sup>10</sup> de hierbas de no sé qué. Entonces de nuevo lo mismo, no, no tiene que darle, ¿cómo explicarle?, porque su riñón todavía no está maduro [...] como que me escuchaba pero yo sentí que no...». «Es como que ella dice 'bueno, bueno', pero después llega a la casa y en la casa es otra vida, en la casa la abuelita seguramente tiene miles de hierbas...» (TS).

El uso de aguas de hierbas o «montecitos» para los bebés desde que nacen es muy frecuente entre las familias de Toconao y San Pedro. Desde el sistema biomédico los trabajadores rechazan la alimentación complementaria entre lactancia materna y «montecitos» debido a que provocan problemas de cólicos, diarreas y disminución del apetito del bebé, ya que sacia su hambre con el agüita, lo que trae como consecuencia la disminución del peso corporal del niño: «...le empiezan a dar agüita [...] y después ese niño llega acá con bajo peso [...] acá en Chile en general ya no hay desnutrición ni bajo peso, pero acá en San Pedro hay niños con poco peso [...] porque hay de repente como alimentación precoz, o mala, como introducción de alimentos muy temprana [edad], entonces al final el niño empieza con proble-

8 Los cuidados atacameños sobre el puerperio recomiendan no realizar esfuerzos físicos, ni salir de la casa, ni tomar baños o lavar la zona genital, la espalda o el cabello durante cuarenta días, debido a que a la mujer le puede dar «un aire» y provocar una nueva debilidad, que llaman «recaída».

9 Té de hierbas.

10 Tipo de biberón para que el bebé tome agua.

mas digestivos, empiezan con diarreas, inapetentes, ¡se ponen malos para comer! [...] al final quedan flaquitos y viene acá con bajo peso al control...» (TS).

Los «factores intrínsecos» identificados —apego, la salud del bebé y el desarrollo corporal— en el «modelo explicativo» de los trabajadores de la salud, respecto a la alimentación del bebé en base a la lactancia materna exclusiva, implican que su discurso y práctica se enfocan en fomentar hábitos y conductas individuales basadas en la acción de la madre y el cuidado del bebé, sin contemplar en su modelo la distribución de roles en el interior de la unidad doméstica.

Ahora bien, los trabajadores de la salud asocian dichas situaciones de riesgo, en su modelo explicativo, a los factores que hemos definido como «extrínsecos», es decir a «patrones de crianza y roles familiares» que vinculan a características socioculturales «propias» de las familias atacameñas. De tal forma que las prácticas de crianza entre familias de Toconao y San Pedro las definen como de «mucha aprehensión» o «muy dejado»<sup>1</sup>, aludiendo específicamente al «rol que deben cumplir los familiares».

En este sentido, los trabajadores mencionan que la práctica de la LME y alimentación infantil implica una especial preocupación de la madre, pero que muchas veces se ve contrapuesta a lo que sucede en el ámbito de las relaciones familiares. Por un lado, habría situaciones en que las madres se hacen cargo del niño pero sin realizar una crianza que fomente la estimulación y desarrollo del infante, lo que provoca una mayor «aprehensión» del niño hacia su madre. Por otro lado, habría casos en los que las madres delegan sus responsabilidades a otros familiares o instituciones, creando situaciones que los trabajadores califican de «despreocupación» hacia el niño. Así mismo, en muchas familias la figura de la abuela posee un rol relevante en la crianza de niños, lo cual no se ajusta al tipo de cuidado y estimulación del desarrollo infantil propiciado desde el centro de salud.

Los trabajadores de la salud se inclinan entonces por relacionarse con la madre o el padre en el Control del Niño Sano, ya que consideran que son los principales encargados del cuidado de los hijos, mientras que la figura de la abuela «entorpecería» el quehacer de los

1 Se refiere a una actitud de despreocupación.

padres: «[las abuelas] como que ejercen un poder como maternalista [...] y autoritario porque como que ellas se hacen cargo un poco de la guagua y no dejan ser como mamá a la mamá. Entonces pasa mucho eso. Muchas mamitas jóvenes así, ni tan jóvenes de repente de veinte y tantos llegan con la abuela, entonces digo, bueno: a ver, ¿quién es la mamá?, «no, yo soy la mamá», entonces usted me tiene que decir qué le hace y no le hace al bebé. Y la abuelita cuando usted no está ahí la abuelita puede reemplazarla...» (TS)

El modelo explicativo de los trabajadores de la salud se construye en torno a elementos propios del sistema biomédico, como la justificación y significación científica del funcionamiento orgánico y protección inmunológica de la salud del infante; y junto a elementos cognitivos, que provienen de la psicología y la educación infantil, como son las etapas del correcto desarrollo psicomotor de niños manejadas en el consultorio de salud.

Estos patrones de conducta y de desarrollo psicomotor que aparecen en el discurso de los trabajadores son inculcados a los niños por medio de los espacios institucionales, como las guarderías y el centro de salud. Así, se entienden los hábitos como «sistemas de esquemas de percepción, apreciación y acción [que] permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico» (Bourdieu, 1999: 183) incorporados y aprendidos por el cuerpo. Podemos, entonces, comprender los ejercicios y tareas dados a los niños en forma estandarizada, que generan determinados «esquemas de percepción, apreciación y acción», de tal modo que los patrones de conducta y desarrollo que establece la norma son incorporados por los niños. Dichas acciones pasan a ser aceptadas y adoptadas por las familias como patrones de una crianza y educación normalizada, que aprehende elementos del mundo urbano. Una educación normalizada que, en general, no considera al contexto rural de las localidades.

En este sentido, las significaciones culturales que surgen en el modelo explicativo de los trabajadores se dan tanto por elementos que podemos vincular a estructuras políticas y sociales de la salud pública, y que denominamos «intrínsecos», como por los elementos relativos a las percepciones que los trabajadores construyen sobre la realidad atacameña a partir de sus experiencias cotidianas, y que llamamos «extrínsecos». Así, los elementos culturales del modelo explicativo de los trabajadores se construyen a partir de distintos niveles de la reali-

dad social, que integra factores micro y macrosociales. Es decir, que al considerar el sistema biomédico como el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1981) que surge a partir de rasgos del medio urbano e industrializado que se legitiman a través de las instituciones del Estado (Menéndez, 1981: 322, 2006), encontramos que dichos rasgos se incorporan en sectores rurales y étnicos como San Pedro de Atacama y Toconao a través del consultorio y posta de salud; elementos político-estructurales que entran en relación a la experiencia del quehacer biomédico cotidiano de los trabajadores de la salud.

*Modelos explicativos de alimentación y lactancia de madres (M) de Toconao<sup>2</sup> y de la comuna de San Pedro de Atacama*

A diferencia del modelo anterior, que posee una estructura definida en torno al sistema biomédico de salud pública, el modelo explicativo de las madres ancla sus bases en el sector popular, en adopciones cognitivas y prácticas del sector biomédico, junto a patrones de crianza que se han ido transmitiendo entre generaciones y otros que se han inculcado en las últimas décadas por la educación formal.

Desde fines del siglo xx, las localidades de San Pedro de Atacama y Toconao van abandonando la producción agrícola ganadera tradicional para insertarse en sectores productivos como la minería y el turismo, como mano de obra asalariada (Sanhueza y Gundermann, 2007), y en muchos casos en labores de baja cualificación. Dicha situación afecta al tipo de trabajo realizado por hombres y mujeres, y por tanto a las formas de organización doméstica y a los patrones de crianza. Ahora bien, aun así, bajo un contexto sociocultural, económico y político de transformaciones, es posible observar que los roles tradicionales de la familia continúan presentes superponiéndose con las nuevas formas de vida cotidiana provocadas por los cambios socioeconómicos. Como, por ejemplo, el caso citado en relación a la relevancia del rol de la abuela como figura de autoridad y experiencia.

<sup>2</sup> Toconao reunió la principal muestra para la recolección de información vinculada con las formas de autoatención, lactancia y alimentación entre las familias y madres atacameñas, debido al interés por explorar las relaciones que se establecen con los distintos niveles de atención primaria en salud: la posta rural en la localidad y el consultorio en San Pedro de Atacama

De este modo, el «modelo explicativo» que surge entre las madres se desarrolla en torno a la interrelación de patrones cognitivos y de prácticas, que confluyen en una construcción de discursos que han implicado la incorporación de procesos históricos, socioculturales, económicos y políticos. De forma que los modelos explicativos en torno a la LME y la alimentación desde las madres, vinculado al sector popular y al modelo biomédico, se expresa principalmente en relación al «funcionamiento corporal» y a «nociones de crianza» que se van superponiendo.

El amamantamiento, el «dar pecho» al hijo, es vivido por la mayoría de las madres como un proceso natural y concomitante a la condición de ser madre (Esteban, 2000, Maher, 1992). De igual forma, desde el modelo biomédico consideran que la mejor alimentación para el desarrollo del bebé es la lactancia materna. En general, las madres señalan que no presentan rechazo a dar de mamar; por el contrario, en muchos casos es una práctica habitual el amamantamiento prolongado hasta cerca de los tres años de edad del niño o más, lo que sí pasa a generar una diferencia con el mundo biomédico.

En este hecho encontramos factores explicativos que se superponen unos con otros, por ejemplo, las madres señalan que aunque el niño «tome pecho» hasta aquella edad, la leche materna ya no lo alimenta porque «lo único que sale es suero» y el efecto negativo puede ser mayor para ellas por la «descalcificación», fundamentos que provienen de la biomedicina pero que no son suficientes para abandonar el amamantamiento prolongado. Las madres, entonces, justifican seguir amamantando por más tiempo porque el hijo se lo pide, y si le niegan el pecho el niño se pone «mañoso»; consideran que lo importante es que el niño solo va a dejar de exigir el pecho, sin necesidad de que exista un corte abrupto o un proceso de destete provocado, sino que éste es natural.

En este sentido se deben destacar dos elementos conectados con «nociones de crianza» presentes en familias de Toconao. Una tiene relación con una «distinción de género»; las madres consideran, en general, que las niñas son más autosuficientes y «maduran» antes, es decir, que en muchos casos es más común el amamantamiento prolongado con hijos varones; así, las madres señalan que las niñas dejan solas el pecho alrededor del año de edad.

Junto a ello, hay que destacar que es frecuente que se dé un patrón de crianza que entrega cierta «independencia» al niño en sus acciones; este acto pasa a ser concebido como un valor importante en las relaciones que se establecen con los infantes. Dicha independencia se debe entender como una capacidad del niño para desenvolverse autónomamente en un contexto familiar, por lo tanto no es necesario que la madre esté en permanente interacción con el niño y le deba decir cuándo dejar de exigir pecho, o incluso a qué hora o qué tipo de comida debe comer. Así, muchas madres señalan con cierto orgullo que su hijo o hija de tres años realizan ciertas actividades solos: «es que mi hija es mala para comer ¡pero acá [en el jardín] se come todo! [...] pero ella es bien independiente, si tiene hambre va, abre el refri<sup>3</sup>, pesca el yogurt, saca el chocapic<sup>4</sup> y se sienta en su mesa y no le gusta que le den [...] igual le da hambre, va, saca una fruta y saca no más...» (M). «...al otro (hijo) hay que darle porque es medio mañoso [...] pero él (segundo hijo) come solito...» (M).

Se debe señalar que la LME y la duración del amamantamiento también tienen relación con el tipo de actividades laborales desarrolladas por la madre; es decir, que deben articular la necesidad de llevar a cabo determinadas labores o un trabajo asalariado con el cuidado y alimentación infantil. Así, si la madre es dueña de casa o mantiene un trabajo que le permite ir con el niño es factible que el amamantamiento continúe. Dicha situación también incidiría en un trato que la madre vincula a mayor independencia del niño al tener que entretenerse solo, pero que desde la postura de los trabajadores de la salud lo visualizan como una falta de estímulo. Por otro lado, si la madre trabaja fuera del hogar y debe llevar a sus hijos al jardín infantil o dejarlo al cuidado de un familiar, es muy probable que la lactancia se prolongue solo por unos pocos meses, debido a que la permanencia en un trabajo suele oponerse a la LME. Más aún si tenemos en cuenta que el periodo de baja por maternidad, en caso de que la madre tenga ese derecho por medio de un contrato laboral indefinido, es tan solo de doce semanas.

3 Diminutivo de refrigerador.

4 Cereal de chocolate industrializado que se acostumbra dar a los niños en el desayuno o merienda.

En este sentido, y de acuerdo con M. L. Esteban, la lactancia materna, además de vincularse a la alimentación infantil, remite a «un ámbito de socialización fundamental para mujeres y niños, de aprendizaje de una determinada gestión de las emociones, de una concreta división del trabajo, un campo desde donde se estructuran los diversos espacios y relaciones entre diferentes grupos (adultos/niños, hombres/mujeres, médicos-pediatras/clientes-mujeres)» (Esteban, 2000: 220).

En este ámbito de socialización es preciso señalar que muchas de las madres atacameñas mantienen redes de parentesco que ofrecen formas de apoyo en la crianza de los hijos. Las madres comentan que son sus madres —las abuelas de los niños— quienes les van enseñando sobre los cuidados de alimentación para el bebé. De modo que es frecuente que las abuelas vayan introduciendo a los bebés y niños en algunos alimentos, lo que contradice las prácticas exigidas en el centro de salud.

Las madres, por lo común, manejan un proceso de alimentación para el bebé que ha sido seguido e indicado por sus respectivas madres, y que al igual que el sistema biomédico se inicia con la lactancia materna. Sin embargo, en una etapa más temprana, a partir de los cuatro meses, se les comienza a dar de probar de forma paulatina ciertas comidas, que consisten principalmente en papillas en base a verduras. Posteriormente, alrededor de los ocho meses, las madres señalan que les comienzan a: «dar a probar de todo [...] para que se acostumbre de grande a todo, si no como que es más débil de la guatita<sup>5</sup>». Así mismo, desde los seis meses ya se les comienza a dar la leche de fórmula que entrega el consultorio; así, algunas madres van reemplazando o conjugando la lactancia materna con «la mamadera»<sup>6</sup>.

Durante los seis meses de LME exigida por el consultorio, las madres dan de tomar a sus hijos los llamados «montecitos», o aguas de hierbas. Si bien no son percibidos como alimentos en un sentido nutritivo, se conciben como un complemento de la dieta del bebé, ya que va a ayudar a su digestión y a la absorción de la leche materna o artificial. Los «montes» se los dan a los bebés una o dos veces al día, y su uso va estrechamente relacionado a la construcción y significación

5 Tripa.

6 Biberón con leche de fórmula que pasa a constituir varias de las comidas durante el día en los niños menores de cuatro años.

que le otorgan al cuerpo del bebé, ya que consideran que sus órganos no están en pleno funcionamiento y desarrollo, por lo cual el «montecito» ayuda a la limpieza del organismo: «le daba agüita de hinojo [...] agüita de hierbas, paico, manzanilla dos veces al día por la caquita negra al nacer le ayuda a limpiar la guatita».

Los «montes» también son consumidos con fines medicinales, principalmente para los cólicos y diarreas. Así, el uso de «montes» corresponde también a uno de los primeros cuidados curativos en el hogar.

### *Conclusiones*

Los modelos explicativos del grupo de madres y de los trabajadores de la salud están dando cuenta de la inculcación de prácticas de alimentación y lactancia materna desde la salud pública, de forma que el sistema biomédico ha pasado a intervenir en áreas de la actividad social y la cultura que con anterioridad no eran dominio de la biomedicina (Kleinman, 1980; Sheper-Hughes, 1997).

Podemos destacar que la estructura y gestión del sistema de salud pública biomédico en las localidades otorga acceso a ciertos alimentos y controles de salud para el bebé, lo que resulta coherente a la idea de que se ha producido una constricción de la autonomía popular, que ha pasado a derivar sus funciones tradicionales hacia un modelo biomédico (Kleinman, 1980) de salud pública. Es así como la progresiva medicalización de ámbitos como la lactancia materna y alimentación infantil se han visto en manos del manejo de los trabajadores de la salud, quienes pasan a tener la «misión de educar» a la población en dichas áreas, incidiendo en las formas de cuidado y atención a la infancia.

Específicamente a través del Control del Niño Sano, las enfermeras efectúan las recomendaciones sobre hábitos alimenticios y entregan tratamientos específicos en caso de que el niño presente malnutrición. Así, es posible observar cómo en los modelos explicativos de las madres se han incorporado elementos que provienen de la biomedicina, como los discursos y las prácticas relativos al desarrollo de órganos o la descalcificación por amamantamiento prolongado, los que se han superpuesto a otros del sector popular.

De este modo, desde el modelo explicativo de las madres se desprende que ciertas prácticas y discursos provenientes del modelo biomédico han sido introducidos —no sin resistencia en algunos casos—, creando respuestas de las relaciones y actividades sociales de las familias sobre el cuidado infantil, mientras que en ciertos ámbitos entran en contradicción con elementos propios de las formas de autoatención, como es el caso del uso de «montecitos» durante la lactancia materna exclusiva.

En este sentido, podemos señalar que los modelos explicativos de los trabajadores de la salud y del grupo de las madres de Toconao dejan entrever una tensión en torno a las prácticas y discursos respecto a la lactancia y alimentación infantil, dadas por los elementos tradicionales presentes en el interior de la unidad doméstica, junto a la inculcación de hábitos propios de la biomedicina por los trabajadores de la salud, que intentan que sean adoptados por las madres.

Así, el modelo explicativo de los trabajadores de la salud destaca la LME desde lo saludable y emocional, sin incorporar las perspectivas del trabajo de reproducción asociado (Esteban, 2000), tanto en lo relativo a la distribución de roles en el seno de la familia —donde la figura de la abuela posee el rol central en la socialización del niño y de la madre— como en relación a los procesos de transformaciones socioeconómicas bajo las cuales las madres se están insertando en el trabajo asalariado. Este trabajo es, principalmente, en labores de baja cualificación que no aseguran el acceso a través de contratos laborales a los derechos vinculados a los periodos prenatales y posnatales, lo cual queda verificado por las condiciones de desigualdad socioeconómica presentes en la comuna.

Así mismo, debemos destacar que la presencia de elementos de la medicina científica y popular en los modelos explicativos de las madres están indicando una superposición de discursos y prácticas que conllevan la interrelación y tensión de diversos espacios de acción de la autoridad médica o figura de conocimiento médico. Es así que la figura de autoridad de la enfermera en el ámbito público, científico y hegemónico se entrelaza con la figura de la abuela vinculada al ámbito privado, familiar y subalterno. En este punto, las interrelaciones entre las madres y los trabajadores de la salud en torno a la lactancia y alimentación infantil están dadas por el espacio del control de salud del niño, donde la enfermera se erige como la autoridad médica e in-

tentará «convencer» a la madre de la relevancia de la lactancia materna exclusiva. Mientras, la madre, finalmente de acuerdo con la organización de su unidad doméstica y a disposición de sus conocimientos en cuidado infantil, se decidirá por la lactancia materna exclusiva o combinada con otros alimentos.

Lo anterior implicaría un proceso de adecuación de los actores de las unidades domésticas, entendiéndose que la comuna de San Pedro de Atacama ha experimentado cambios relacionados con la actividad socioeconómica tradicional y con movimientos migratorios, de tal modo que tanto madres como abuelas han visto transformados algunos aspectos de sus roles tradicionales, fundamentalmente los relacionados con el trabajo asalariado, mientras que el trabajo doméstico se ha mantenido a cargo de la mujer.

En este sentido, los modelos explicativos de las madres en torno a la lactancia materna y la alimentación dan muestras de un espacio de articulación de «saberes» médicos (Haro, 2000, Menéndez, 2005), en el sentido de que se entrelazan y tensionan conocimientos provenientes de diversas tradiciones médicas en la unidad doméstica. Entendemos que, si bien se valora la práctica de la LME promovida por la biomedicina, sin embargo el uso que hacen de otros alimentos de forma complementaria, principalmente los «montecitos», responden a nociones que poseen una significación en su modelo explicativo que no se perciben como contradictorios frente a una lactancia materna «exclusiva».

### *Bibliografía*

- BOCCARA, Guillaume (2007) «Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile». *Chungará, Revista de Antropología Chilena*, 39 (2): 185-207.
- BOCCARA, Guillaume y BOLADOS, Paola (2008) «¿Dominar a través de la participación?. El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura». *Revista Memoria Americana*, 16 (2): 167-196.
- BOLADOS, Paola (2007) «Los intersticios de la participación social: la creación del Consejo de Desarrollo Local de Salud en la Comuna de San Pedro de Atacama». *Revista Habitus*, 5 (2): 333-354.
- BOURDIEU, Pierre (1999) *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Editorial Anagrama.

- CHAMORRO, Andrea y TOCORNAL, Constanza (2005) «Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea». *Revista Estudios Atacameños* s/v (30): 117-134.
- MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO DE ATACAMA (2006) *Actualización, Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2006-2010 Comuna San Pedro de Atacama. Diagnóstico Social*. Chile: Ilustre Municipalidad de San Pedro de Atacama.
- ESTEBAN, Mari Luz (2000) «La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil». En PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep, (Eds.) (2000) *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra
- FORT, Meredith, MERCER, Mary Ann y GISH, Oscar (2004) *El negocio de la salud*. Barcelona: Paidós.
- GÓMEZ PARRA, Domingo, AHUMADA, Juan y NECUL, Eduardo (2004) *Medicina Tradicional Atacameña*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- GUNDERMANN, Hans (2004) «Inicios de siglo en San Pedro de Atacama: procesos, actores e imaginarios en una localidad andina». *Chungará, Revista de Antropología Chilena*, 36 (1): 221-239.
- HARO, Jesús Armando (2000) «Cuidados Profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep, (Eds.) (2000) *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra
- ILLANES, María Angélica (1993) «*En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia...*» *Historia Social de la Salud Pública en Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Editado por Colectivo de Atención Primaria.
- KLEINMAN, Arthur (1988) *The illness narratives*. USA: Basic Books.
- KLEINMAN, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. California: University of California Press.
- MAHER, Vanessa (1992) *The Anthropology of breast-feeding*. New York: Berg.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (2008) *Antropología Médica*. Barcelona: An-thropos Editorial.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2006) «Interculturalidad, “diferencias” y antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas». En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2006) *Salud e Interculturalidad en*

- América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005) «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos». *Revista de Antropología Social UCM*, 14 (s/n): 33-69.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1981) *Poder, estratificación y salud*. México D.F: Ediciones de la Casa Chata.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, MIDEPLAN (2009) *Índice de Infancia y de la Adolescencia: una mirada comunal y regional*. Santiago de Chile: Observatorio Nacional de la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de Planificación.
- MÖNCKEBERG, Fernando (2003) «Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador». *Revista Chilena de Nutrición*, 30 (supl.1): 160-176.
- NÚÑEZ, M. C. (2002). *Transformaciones culturales en Toconao por impacto de empresas mineras. Un estudio de caso en el norte de Chile*. Santiago de Chile: Tesis Magíster Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile.
- NÚÑEZ, Lautaro (2007) *Vida y cultura en el oasis de San Pedro de Atacama*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- PÉREZ, María Soledad (2003) «El significado de la salud y la enfermedad en el pueblo de Talabre: un acercamiento desde la perspectiva de género». *Proyecto Sexualidades, Salud, Derechos Humanos en América Latina, Concurso 2003*. <<http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/ganadores.htm>>.
- SANHUEZA, María Cecilia y GUNDERMANN, Hans (2007) «Estado, expansión capitalista y sujetos sociales en Atacama». *Revista Estudios Atacameños*, s/v (34): 113-136.
- ZÁRATE, María Soledad (2010) «El licor de la vida. Lactancia y Alimentación materno infantil en Chile, 1900-1950». En SCIOLLA, Carolina (Ed.) (2010) *Historia y Cultura de la Alimentación en Chile. Miradas y saberes sobre nuestra culinaria*. Santiago de Chile: Editorial Catalonia.
- SHEPER-HUGHES, Nancy (1997) *La Muerte sin llanto*. Barcelona: Editorial Ariel.



EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE ALIMENTARIO  
DESDE LO CORPORAL. NUEVAS PROPUESTAS  
PARA LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA

Eva Zafra Aparici

*Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat  
Rovira i Virgili. Av. Catalunya, 35. 43002, Tarragona.*

*Observatorio de la Alimentación. Parc Científic de Barcelona  
Ed. Florensa, Despacho 21, C/ Adolf Florensa s/n | E-08028 Barcelona  
eva.zafra@urv.cat*

*Resumen: Este artículo trata sobre la conveniencia de una «educación alimentaria» que incida en los procesos de socialización, entendiendo estos últimos como procesos a través de los cuales el cuerpo es construido en función de las normas y necesidades sociales (Foucault), pero también como procesos que permiten a los propios sujetos negociar y reinterpretar estas normas (agency humana). Teniendo en cuenta que mediante la alimentación «los cuerpos se expresan», entendemos que la socialización alimentaria tiene que partir del conocimiento de estos «cuerpos» y, por lo tanto, debe «escucharlos».*

*Palabras clave: Educación alimentaria, socialización, cuerpo, género.*

*Abstract: This article claim on the need of an «feeding education» that deals with socialization processes, understanding them as a process throug which the body is constructed based on social needs and norms (Foucault), but also like processes that allow the own subjects to negotiate and reinterpret these norms (agency humana). Considering that by means of feeding «bodies are expressed», we understand that feeding socialization must start off from the knowledge of this «bodies» and, therefore , it must «listen to them».*

*Keywords: Feeding education, socialization, body, gender.*

### *Introducción*

Este artículo plantea la conveniencia de enfocar la «educación alimentaria» desde perspectivas más amplias que las habituales, perspectivas que contemplen los complejos vínculos que existen entre cuerpo y alimentación, relacionen adecuadamente los aspectos biológicos y sociales inherentes al «hecho alimentario» y profundicen en la diversidad que existe en cada contexto socioalimentario concreto; contando para ello con las experiencias de los sujetos sobre los que se pretende actuar.

En este sentido, cabe resaltar la necesidad de una «educación» que incida en los procesos de socialización, entendiendo estos últimos como procesos a través de los cuales el cuerpo es construido en función de las normas y necesidades sociales (Foucault), pero también como procesos que permiten a los propios sujetos negociar y reinterpretar estas normas (*agency humana*)<sup>1</sup>. Teniendo en cuenta que mediante la alimentación «los cuerpos se expresan», entendemos que la socialización alimentaria tiene que partir del conocimiento de estos «cuerpos» y, por lo tanto, debe «escucharlos».

Para ello, presentaremos varias narrativas de chicos y chicas adolescentes que nos ayuden a conocer la manera en que la interiorización de determinados aspectos de su vida cotidiana —el aprendizaje culinario, el ejercicio y la actividad física, los cuidados corporales o la sexualidad, entre otros— han condicionado el modo en que han aprendido a relacionarse *en y con* la alimentación. Conoceremos así qué tipo de relación existe entre estos aspectos, así como los momentos personales y sociales que, según las personas entrevistadas, han tenido un peso relativamente importante en sus decisiones alimentarias: dejar de comer, comer más o menos, etc. En definitiva, se trata de resaltar aquellos momentos, vividos con la familia, con el grupo de iguales, con la pareja, en la escuela, etc., que han condicionado un tipo u otro de relación con la alimentación (desde el placer hasta el

1 El estudio se enmarca dentro del constructivismo social y la denominada teoría social de la práctica, la cual sostiene que el sistema social moldea la acción humana, pero que ésta es también determinante para comprender la producción y reproducción del propio sistema así como las transformaciones que se producen dentro del mismo (Esteban, 2004).

conflicto), así como la manera en que unos y otros han aprendido a controlar y/o a reivindicar su corporeidad a través de ella.

En este sentido, las experiencias alimentarias se han analizado *a partir de y desde* «lo corporal»; más concretamente, *desde y a partir de* lo que Esteban denomina «itinerarios corporales»:

Procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurre dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. Itinerarios que deben abarcar un periodo de tiempo lo suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios (2004: 54).

La intención de este análisis es conocer las experiencias alimentarias de estos chicos y chicas teniendo en cuenta y en relación con la construcción de su identidad corporal.

Por último, únicamente cabe señalar que los discursos que a continuación se presentan se realizaron en el marco de un estudio más amplio (mi tesis doctoral) sobre los procesos de socialización alimentaria y su relación con los Trastornos del Comportamiento Alimentario. En este estudio se realizó trabajo de campo en cuatro centros de educación primaria y secundaria de Cataluña. Las técnicas de recogida de información fueron la observación directa de los comportamientos y actitudes alimentarias de 117 niños y niñas de 6 a 16 años de edad, así como la creación de grupos de discusión con niños y niñas de estas mismas edades y con una caracterización sociodemográfica distinta (sexo, etnia, clase social e índice de masa corporal), y de grupos de discusión con padres, madres, educadores y personal sanitario responsable de la socialización alimentaria de estos menores. También se realizaron 117 entrevistas semiestructuradas sobre prácticas y actitudes alimentarias, modos de vida, aceptación y percepción de la imagen corporal y conocimientos nutricionales a estos mismos sujetos de estudio. Finalmente, se confeccionaron siete historias de vida con la intención de hacer visible y poner en contexto algunos de los factores del proceso de socialización que se habían cuantificado a partir de las entrevistas. Esto quiere decir que las narrativas mostradas

en este artículo ejemplifican y representan los resultados extraídos de un estudio significativa y representativamente más amplio.

### *Experiencias de socialización alimentaria*

MARÍA (15 AÑOS): «LO ÚNICO QUE ME COMO ES LA CABEZA».

María es una adolescente de 15 años, hija de andaluces, nacida y residente en Bonavista, un barrio de las afueras de Tarragona donde más del 60 % de sus habitantes proceden de la inmigración de otras partes de España, en su mayoría de Andalucía. Las relaciones de vecindad son estrechas y también se da un importante control social. Existen, además, numerosos vínculos de parentesco y amistad.

María pertenece a una familia monoparental de clase media-baja. Es la pequeña de cuatro hermanos y, en este sentido, cuenta cómo fue cuidada, además de por su madre, también por sus dos hermanas mayores. Ella naturaliza esta relación cuando cuenta que sus hermanos «eran más de estar por la calle. El mayor de todos es mi hermano Jose, pero las que más me han cuidado de pequeña han sido mis otras dos hermanas, Luisa y Julia. Ellas eran las que se encargaban de hacer la comida cuando mi madre no estaba porque estaba trabajando, las que me llevaban del colegio a casa y de casa al colegio.»

María se autodefine como una persona muy atenta con su familia, muy negativa y sufridora: «yo sufro por todo, me como la cabeza por tó... Es que soy muy negativa y todo lo veo mal siempre. Si veo a mi madre mal me preocupo, si veo a mi hermana llorando me preocupo... Todo me preocupa y parece que nunca esté bien...»

Entre todas estas preocupaciones, la principal, para María, es su imagen física. Dice que todo el mundo la considera guapa, pero ella no lo cree y cuando se mira al espejo no se gusta a sí misma. «Dicen que soy muy sexy. Y a mí me gusta que me lo digan, pero me miro y no me veo sexy... Más bien no me gusto... Es que soy muy negativa.»

Sus preocupaciones en torno a su imagen física hacen que dedique tiempo para cuidarla. Se considera muy presumida y dice estar pendiente continuamente de su cuerpo. Afirma que en ello también ha influido el hecho de que su madre cuide su imagen y le haya transmitido conocimientos y actitudes al respecto. «Como dice mi madre, lo que más vale es un peinado bonito, una sonrisa bonita y una cara

bonita, yo siempre lo he dicho. Porque una persona que va muy arreglada pero con los pelos mal, pues puede ir bien, pero yo la veo mejor con un pelo bonito. Normalmente llevo el pelo suelto, me cojo el pelo aquí y me lo subo todo. No me pinto, sólo me pongo rimel a las pestañas entre semana, los fines de semana sí que me maquillo, pero no me pongo raya encima del ojo ni ná... Sólo por bajo y poco. A mi madre le queda muy bien cuando se maquilla porque tiene unos ojos marrones verdosos y se pinta la raya verde o azul y le queda muy bien. Es que mi madre se cuida mucho y se conserva demasiado bien, porque mi madre cuando se ve gorda se va a trabajar y en un mes o eso ya ha adelgazado... Come poco y se compra pastillas p'adelgazar y dice: «¡Mira qué cuerpo!». El otro día estaba con ella y como se prueba ropa de niña pequeña dice: «Mira qué culito tengo». Está más o menos como yo, pero ella tiene menos cintura que yo, está muy bien mi madre.»

En cuanto a la alimentación, según María «cuando eres más pequeña te comes lo que te gusta y lo que no te gusta te lo dejas. Lo peor que te puede pasar es que te obliguen, pero eso es todo. Ahora no, ahora todo es mucho más complicado. Ahora te gusta algo, pero tienes que ser tú misma la que digas «basta», «ya es suficiente». Ahora soy yo la que tengo que tener en cuenta también si engorda o no y ese tipo de cosas.»

En el momento en que se le realiza la entrevista, María lleva exactamente una semana que «no he comido casi nada. Esto lo hago a veces... Bueno, últimamente más veces que antes.»

La percepción negativa de su propia imagen ha constituido un factor clave en sus decisiones y elecciones alimentarias. En el paso a la adolescencia se dan cambios importantes. El principal remite al cambio de expectativas que los adolescentes experimentan fruto de la entrada a un nuevo estadio que implica cambios sociales y físicos significativos. Estas nuevas preocupaciones que surgen durante esta etapa de transición se ponen de manifiesto también en el ámbito corporal. Nuevas inseguridades, ilusiones, reivindicaciones, retos, miedos y preocupaciones que hacen eco en sus autoimágenes.

Así pues, a María, aquella niña de siete años que no le preocupaba su imagen, ahora le preocupa; a aquella niña que pensaba que su cuerpo adquiriría unas formas ideales y llegada la adolescencia adquiere otras diferentes, esto la inquieta, le preocupa. «Yo antes no estaba gorda, tampoco era un fideo, pero nunca he sido de estar muy gorda. Era

gordita, sí, pero entonces tampoco me preocupaba eso. Ahora sí, me miro en el espejo y siempre encuentro alguna pega, cuando no son los pechos, es la barriga, o las piernas, el culo... Siempre hay algo que no me gusta... ¡Y eso que nunca se han metido conmigo!»

Ahora, el peso de María está por debajo de lo normal y a pesar de que los demás elogien su figura, le digan que es «sexy», o incluso tenga amigas que imiten su forma de vestir y recogerse el pelo, María dice «verse mal», «verse gorda». «No es que me considere gorda, pero ya me gustaría tener el cuerpo de la Britney Spears, o alguna de esas... Me encantaría tener el cuerpo de una modelo. No es que sea un petardo de tía, pero no soy como las modelos.»

La percepción corporal que María tiene de sí misma no es estática, depende de las circunstancias, del estado anímico o emotivo, del contexto que las acompañen. Al respecto, María dice verse bien o mal dependiendo del día, del momento, la ocasión... Un factor que determina de forma importante el estado de ánimo de María, y en consecuencia su autopercepción, es la forma «en que los chicos me vean. Tengo mucho miedo a que mi novio me deje. Cuando un chico me deja todavía me veo peor... Yo empecé a meterme malas ideas tipo «estoy gorda, soy fea...» cuando me dejó el primer chaval con el que salía. Después, el año pasado salí con otro y también me dejó y ya empecé a comerme mucho más la cabeza. Ahí ya empecé a pensar que era fea, que era gorda... Y yo a mí misma no me quería, pensaba que si me habían dejado era porque estaba gorda, porque soy fea. Luego, al cabo de un tiempo, empecé a salir con otro chico y me dejó también, y eso fue peor todavía. Lo pasé fatal...»

María ha intentado hacer dieta en numerosas ocasiones y ahora lo está intentando de nuevo. Ante su imposibilidad de ser completamente estricta con su alimentación, dice que negocia/intercala la disciplina con el placer alimentario. En este sentido, «me resulta más fácil no comer en determinadas ingestas y así compenso el exceso de calorías que me tomo en otras.» Según ella, «es muy duro renunciar a lo que te gusta. Prefiero dejar de comer y poder darme el capricho de tomar lo que me gusta, que hacer régimen de ese de todo a la plancha. También me compré unos sobres para adelgazar, que me compró mi madre porque ella también los toma a veces. Me ha funcionado, pero como me dolía el estómago pues...mi madre ya no me los quiso comprar más.»

Otra forma de manejar o gestionar su peso es a través del vómito, al cual ha recurrido en determinadas ocasiones, especialmente cuando no ha podido controlarse comiendo. «A mí me encanta picotear. Pues a veces cuando salgo con mis amigas pues lo típico que si un paquete de papas, gominolas... Luego llego a casa y me siento fatal y no me queda otra que vomitar. No es que haya sido una decisión así de repente porque un día piensas: «¿Y si vomitara?» Lo haces y mira... tampoco es que lo haga siempre y me vaya a convertir por eso en bulímica... Además, muchas de mis amigas también lo han hecho y no pasa nada. Si no te pasas, no pasa nada.»

Parece, por el discurso de María, no existir una relación conflictiva con respecto a las restricciones alimentarias que realiza. Según comenta, «no comer y aguantarme me hace sentir bien, satisfecha conmigo misma en la medida en que pienso que he hecho lo que debía y los resultados me gustan. A todo el mundo le gusto más cuando estoy más delgada que cuando estoy más gordita.»

María controla su alimentación porque le resulta más fácil regular su cuerpo y su peso a través del ejercicio físico. Según comenta, le gustaría practicar ejercicio físico para adelgazar pero le cuesta porque, entre otras cosas, está poco socializada con la práctica del mismo. «A lo largo de mi vida he practicado muy poco ejercicio físico. De pequeña hacía básquet, pero una vez que entré en el instituto lo dejé. Mis amigas también se desapuntaron... No sé, perdí la motivación [...]. Me gustaría ser como mi hermano mayor, que es muy deportista. Pero también reconozco que a él, desde pequeñito, le han animado más a hacer deporte. Mi tío siempre estaba con la idea de que mi hermano tenía que ser futbolista, que valía mucho para el fútbol... Aún me acuerdo que los domingos íbamos al campo a ver jugar a mi hermano a fútbol.»

La escasa socialización que María ha tenido con la práctica de ejercicio físico es uno de los motivos por los cuales, ahora, le cuesta hacer según qué tipo de actividades: no lo tiene interiorizado y, por lo tanto, le cuesta llevarlo a cabo y no lo siente como una «herramienta» necesaria en la construcción de su identidad corporal. «A mí, me encantaría ser muy deportista y tener la tripa llena de abdominales, pero no es así. Correr no puedo, si corro me ahogo, si es que yo no puedo correr... Mi madre me dice que haga abdominales, pero luego me entra la perritis, me siento en el sofá...»

Por otra parte, hay que señalar que la *lipofobia* (miedo a engordar) es solo uno de los motivos por los que María deja de comer, practica restricciones alimentarias de diverso tipo, recurre a comportamientos compensatorios varios, etc. «Cuando me preocupo se me quita el hambre. Tengo nervios en el estómago y no puedo comer. Es que se me va el hambre. Cuando me preocupo por algo no como. Una vez me vi mal porque había unas chavalas que me acosaban en Campo Claro y me quería venir para acá. Me sentía sola... ¡Porque llegó un momento en que no tenía ninguna amiga por culpa de la gente! Mi hermana me decía que tenía que ser fuerte, que afrontar la situación, pero yo no podía, y eso hace que se me quite el hambre. Cuando estoy apagada se me quita el hambre. Además, también voy mal en los estudios. Mi madre me ha dicho que no voy a salir en todo el verano si no apruebo, y lo malo es que ya sé que voy a repetir porque me han quedado siete asignaturas para suficiencia...»

Cuando María se siente mal, presionada y agobiada por circunstancias como los estudios, su pareja o las amigas, percibe que pierde el control sobre su vida y lo manifiesta a través de la alimentación. «Me siento muy mal, muy insegura, con miedo a que todo se vaya al carajo. Siento que estoy fallando a mi madre. Me siento culpable por todo y por eso dejo de comer. Yo, si dejo de comer es porque ya paso de todo, ya ni hago deberes, ni como, ni hago nada... ¡Como si no existiera! Cojo y me voy a dormir. Es que yo me hundo mucho, me quedo abajo. Siempre estoy pensando que todo lo malo me pasa a mí; que no sé estudiar, que no tengo amigas... Yo siempre digo que no valgo para nada, que no valgo para estudiar, no valgo para nada. Mi madre se queda flipada con lo que digo y me dice: «Si no te quieres a ti misma, ¿quién te va a querer?» Y tiene razón. Ayer también me lo dijo mi prima: «Tienes que quererte, aprender a vivir la vida, a vivir la vida». Sí, ya... pero no puedo evitarlo, me como mucho la cabeza...»

En este caso, «el miedo a engordar» no es la causa de la regulación alimentaria. En estas circunstancias, «no comer» es una manera de manifestar las preocupaciones, los temores, las tensiones, hacia otros aspectos que no son solo la «gordura». Así pues, cuando María afirma «yo si dejo de comer es porque ya paso de todo, como si no existiera», está poniendo de manifiesto, por un lado, «su rendición», su dificultad para hacer frente a todas las cosas que la presionan y la preocupan (los estudios, los problemas con la pareja, con las amigas, etc.); pero,

al mismo tiempo, este «dejar de comer» también significa «liberación» en la medida en que «dejar de comer me ayuda a liberarme de todos esos problemas, como si desapareciera... un alivio.»

Frases como esta que señala María ponen de manifiesto dos aspectos que, aunque aparentemente contradictorios, evidencian la ambigüedad y difícil tesitura en la que muchas personas (sobre todo mujeres) se ven sumergidas actualmente en nuestra sociedad: dejar de comer como sinónimo de «(auto)control» a la vez que de «liberación y/o resistencia». De hecho, actualmente, en nuestra sociedad, al mismo tiempo que se cultiva una especie de moral del yo muy centrada en la disciplina, también se incita a recrearse en las satisfacciones y en la trasgresión de las normas. La alimentación, como sabemos, es una herramienta para la expresión y comunicación de sentimientos y emociones que inevitablemente van ligados a las circunstancias socioculturales que nos rodean; por lo tanto, comportamientos tan dispares como «no comer», «comer mucho», «comer poco», «hartarse», etc., no son más que las múltiples y diversas formas que el comensal cotidiano tiene para «poner sobre la mesa» (manifestar) tales contradicciones.

LUÍS (28 AÑOS): «CRÓNICA DE MI HAMBRE Y DE MI CUERPO»<sup>2</sup>

Luís es un chico de 28 años. Se ha elegido su historia, precisamente, porque aporta elementos importantes de la socialización con la comida, el ejercicio físico o la actividad física que ponen en evidencia de qué forma el modo en que aprehendemos con respecto a estos ámbitos condiciona, de forma significativa, las maneras en que las personas aprehendemos también a controlar el peso y la corporeidad. Más concretamente, la historia de Luís pone de manifiesto de qué forma aprehende a controlar su cuerpo a través del ejercicio físico, de tal modo que no tiene que renunciar al placer de comer, que es, por otro lado, una de sus prácticas más deseadas y disfrutadas. Su historia ha sido directamente extraída de su diario personal.

El primer recuerdo que tengo sobre mi cuerpo lo he encontrado a los cinco años de edad, cuando me enteré que a mi exnovia le gustaba mi

<sup>2</sup> He creído conveniente dejar el mismo título que puso el autor del diario.

mejor amigo. Recuerdo perfectamente que me daba cuenta de que a ella le gustaba mi amigo y yo sentía celos, y fue entonces cuando pensé que era porque yo había empezado a engordar. Fue también entonces cuando mis compañeros de clase me empezaron a decir que estaba gordo (incluso «ella», aunque seguíamos siendo buenos amigos). Empecé a estar más redondito, ya que hasta entonces era un niño muy delgado.

Prácticamente el mismo año empecé a usar gafas para miopía, y también recuerdo cómo comía mucho para desayunar, tenía mucha hambre y mis padres me hacían parar de comer cuando llevaba 2 platos soperos llenos hasta arriba de papilla de cereales (aquí tengo que confesar que tomé papilla de cereales para bebé hasta los 6 años de edad para desayunar). Recuerdo que comía mucho y que a menudo me sentía tan lleno que me dolía la barriga. Seguí engordando.

Otra vivencia relacionada con la comida son las meriendas en casa de mi tía al salir de clase antes de ir al conservatorio de música con mi hermano. Esperaba aquel momento durante todo el día para atracarme a madalenas mojadas en leche con chocolate, de las que podía comer 10 o 12 tranquilamente. Aunque no sé si lo recuerdo más por lo que disfrutaba comiendo magdalenas o por ver a mi tía poniéndose nerviosa al verme comer con ansia (algunas veces ella y mi hermano me regañaban por goloso). Yo me sentía mal e incluso me mareaba por el atracón y me sentía culpable, pero no podía evitarlo. En aquellos tiempos mis ataques de gula eran conocidos e incluso yo mismo alardeaba de ello y lo hacía expresamente para llamar la atención.

En el cole seguí como uno de los gordos de la clase; siempre de los últimos en ser elegidos por los capitanes de equipo para jugar al fútbol y, aunque que mi sobrepeso me convertía en patoso y lento, siempre recuerdo haberme esforzado mucho en los deportes. En mi clase, todos queríamos ser cómo Sergi, un chico de complexión muy musculosa, físicamente incansable y el que corría más. Yo pensaba que me gustaría ser cómo él y tener éxito. Quería adelgazar pero era incapaz de no comer cuando tenía un plato de comida delante.

Tengo otro recuerdo en relación al deporte que creo vale la pena mencionar, ya que tiene relación con mis actitudes futuras hacia el deporte y el cuerpo; fue a los 11-12 años, cuando en el colegio vino un profesor de gimnasia nuevo (Santiago) que se dedicó a hacernos correr y a trabajar la resistencia física. Al principio con el nuevo profesor lo pasé muy mal porque al cabo de poco rato corriendo tenía la sensación de que me iba a ahogar, parecía que no podía respirar. No podía seguir al resto de la clase y en alguna ocasión lloraba de rabia e impotencia; el profesor me decía que siguiera intentándolo y la sensación de ahogo desaparecía. Sé que me dedicó más tiempo que al resto de compañeros cada

vez que salíamos a correr, y después de pasar muchos días de vergüenza, el ahogo desapareció y nunca más volví a sentirlo...

Siguiendo con los recuerdos: uno de los momentos más esperanzadores para mi condición de gordo de la clase fue cuando mi hermano (un año y medio mayor que yo y también con sobrepeso) hizo el llamado «estirón» a los 12 años y pasó de ser más gordo que yo a estar delgado. Pude ver cómo toda la familia le decía lo guapo que estaba delgado, y también cómo cambió su relación con los compañeros de clase y con las chicas de su curso. Reconozco que sentía envidia y vivía con la ilusión de que en poco tiempo esto también me ocurriría a mí (incluso recuerdo insistir a mi madre preguntándole si creía que esto me iba a ocurrir a mí también).

Pero yo no crecía, y con lo que comía, lo difícil era no crecer «a lo ancho», así que continué siendo uno de los gordos (y bajitos) de la clase. Al año siguiente, mi hermano murió en un accidente y yo empecé el curso en otro colegio sólo para chicos, con todos los compañeros de clase nuevos, y no empecé el «estirón» hasta los catorce años de edad (y seguía siendo obeso). Quizá los primeros intentos de hacer dieta fueron en esta etapa y consistían básicamente en pedirle a mi madre que me hiciera verdura y otras cosas poco grasas para comer, pero fui incapaz de comer moderadamente, por lo que no conseguí adelgazar. El único cambio logrado a los 15 años fue mi relación con el ejercicio, que empezó a ser más regular; descubrí que con el esfuerzo y la constancia no era tan patoso y podía seguir mejorando. Esto aumentaba mi autoestima aunque seguía envidiando a mis compañeros más delgados, musculosos y más ágiles (y con más éxito con las chicas que yo; que estaba gordo).

El sentimiento de que tenía que adelgazar como fuera fue creciendo en mí durante los dos años siguientes. Todos mis compañeros habían tenido alguna novia o algún «rollo» con alguna chica, y yo no, y creía que esto cambiaría si adelgazaba. La presión creció durante el curso siguiente, cuando cambié de instituto de nuevo (a un colegio mixto) y me enamoré de una chica, cosa que me hacía sentir más agobiado por mi sobrepeso.

A finales de curso, cuando ya salía con aquella chica (cosa que mejoró mucho la confianza en mí mismo), empecé a adelgazar. Todo empezó como por casualidad unos días que iba al gimnasio y no tuve tiempo para comer, e incluso me salté alguna comida entera (fue una temporada en la que comía solo, ya que no coincidía con mis padres ni con mi hermana al mediodía). A raíz de esto perdí unos dos kilos de peso. Esto me animó y empecé a saltarme más comidas y a «comer» solamente una manzana o una lata de coca-cola. Aumenté las horas del gimnasio y empecé a ir a correr. Pasé mucha hambre, y algunos días notaba que me bajaba la tensión

y el azúcar, pero perder peso me animaba a perder más, aguantándome sin comer y haciendo más ejercicio: ¡era fantástico!

Estaba adelgazando mucho y deprisa, que era lo que justamente había deseado durante tanto tiempo, y finalmente perdí 20 kilos en unos dos meses (de 81 a 60 kilos).

A partir de este momento entré en una etapa en la que pasé los siguientes tres o cuatro años controlando mi peso haciendo mucho ejercicio; ahora pienso que casi de forma obsesiva, ya que el día que no hacía ejercicio me sentía muy mal y me horrorizaba la idea de volver a engordar. En esta etapa volví a comer compulsivamente y con gula, posiblemente más que en etapas anteriores, pero el ritmo de ejercicio que realizaba impedía que engordara. Me daba atracones, me comía un paquete entero de 500 gramos de macarrones (peso seco antes de hervir) con un bote entero de 200 ml de salsa de tomate frito y un paquete entero de 250 gramos de queso rallado, e incluso luego un filete gordo de ternera. Luego, me iba a quemarlo corriendo durante una hora y media...

Tampoco podría decir que comiera «bien», ya que no desayunaba, comía abundantemente y casi no cenaba, de manera que solo realizaba una o dos ingestiones de comida diarias en el mejor de los casos. Aun así, me sentía muy a gusto con mi cuerpo, y esto repercutía muy positivamente en mi seguridad y en las relaciones personales; ero como yo siempre había pensado que se sentían los compañeros de clase delgados y fuertes cuando estaba en el colegio. Me miraba mucho en el espejo y me pesaba a diario, y empecé a fumar, cosa que utilizaba para apaciguar el hambre y para adelgazar.

Todo esto duró hasta los 23 años, cuando acabé mi carrera, a partir de aquí el cambio de estilo de vida, las exigencias de la entrada en el mundo laboral, y las horas de trabajo excesivas acabaron con el exceso de ejercicio y el tabaco venció al deporte. A partir de aquí empecé a aprender a comer de manera controlada y moderada para poder mantener el peso. Lo conseguí durante un par de años, pero después, progresivamente dejé de pesarme y de preocuparme por el peso e inevitablemente volvieron los quilos y engordé hasta los 81 kilos (de nuevo la «cifra horror» de mi máximo peso a los 17 años).

Durante el tiempo que sigue hasta la actualidad, he pasado por temporadas de hacer deporte, fumar, pesarme a diario, comer con ansiedad, estando siempre pendiente de mi peso, mi cuerpo, y en una batalla constante para poder adelgazar, con oscilaciones de peso de 5 e incluso 10 kilos. Hace unos años tomé la decisión definitiva y trascendental de dejar el tabaco, a pesar de saber que aumentaría mi peso unos 10 kilos aproximadamente (y efectivamente volví por tercera vez a los 81 horrosos

kilos de peso). Y una vez superado el tabaco decidí perder peso de forma lenta y gradual, haciendo 5 comidas diarias.

Actualmente peso 73 kilos, creo que ligeramente por encima de mi peso correcto (desde un punto de vista médico) y 5 kilos por encima de lo que a mí me gustaría. Me peso a menudo pero no a diario, y ahora sé lo que tengo que hacer para perder peso: hacer un poco de ejercicio regular (estoy en ello), comer lentamente, hacer 5 ingestiones al día para no tener tanta hambre en las principales comidas; pero todavía soy incapaz de mantener el ritmo constante y cada dos por tres me lo salto y me doy atracones... Cuando tengo comida delante no puedo parar de mirarla, y siempre comería más aun cuando me siento lleno, y no es por hambre sino por ansiedad.

Cuando miro atrás pienso en cuánto me gustaría volver a estar delgado como antes, pero soy muy consciente de las tonterías que he hecho para perder peso y para mantenerlo.

*Los comportamientos alimentarios: entre el placer y el conflicto, entre el bienestar y el malestar; entre el control y la resistencia.*

Las narrativas que he mostrado, conjuntamente con los datos extraídos de la etnografía, evidencian la estrecha relación existente entre la comida como modo de expresión y control social y el cuerpo como una medida de evaluación social y personal, diferente y desigual en función de variables diversas como el sexo, la edad, la clase social, etc<sup>3</sup>.

Con respecto al sexo, se ha puesto de manifiesto que el significado que va adquiriendo el comer y/o el no-comer para los niños y las niñas es distinto (y desigual), en tanto que también lo es su contexto socializador, es decir, la manera como interaccionan *en* y *con* el medio familiar, los amigos, la escuela y los medios de comunicación. A pesar de que algunos roles tradicionalmente masculinos se han feminizado, y a la inversa también se han masculinizado algunos femeninos, lo cierto es que se continúa socializando de forma desigual, lo que implica que las mujeres aprehendan en y con relación a la alimentación de forma

<sup>3</sup> Recordemos, de nuevo, que estas conclusiones también han sido cuantificadas a través de 117 entrevistas realizadas a niños y niñas de 6 a 16 años de edad de Cataluña, que en este artículo no mostramos porque hemos creído más conveniente ejemplificarlas a través de algunas de las historias de vida que permiten una mayor contextualización de los resultados y una mayor riqueza de contenido.

distinta a los hombres, de tal forma que la comida se convierte, muchas veces, en una herramienta para controlar su cuerpo y expresar sus malestares y bienestar más contundente o importante que para los hombres, para quienes esa herramienta suele ser el ejercicio físico.

Algunos de los factores del proceso de socialización que condicionan este aprendizaje desigual en función del sexo con respecto a la alimentación son: *a)* transmisión-adquisición desigual de las responsabilidades doméstico-culinarias; *b)* socialización diferente y desigual en el ejercicio físico, deporte y actividades relacionadas con el «control del medio»; *c)* culturalmente todavía se relacionan las actitudes *sacriativas* y hedonistas con la masculinidad, y viceversa: controlarse la comida con la feminidad; *d)* socialización diferente y desigual en el aprendizaje del *dieting* y el cuidado estético; *e)* distinta transmisión-aprendizaje de la exteriorización de los problemas/preocupaciones/miedos, etc.

Estos aspectos, por otro lado, abren la posibilidad de relacionar los procesos de socialización con determinadas problemáticas alimentarias, como los trastornos alimentarios, la obesidad, etc. En efecto, a través de las experiencias aquí presentadas se observa que criterios característicos de la anorexia o la bulimia nerviosas, como son «el miedo a engordar», la «insatisfacción corporal», la «distorsión de la imagen» y/o «los comportamientos compensatorios», se dan también en personas no necesariamente «enfermas» o «diagnosticadas» con este tipo de problemáticas; y que no se dan únicamente en mujeres, sino también en hombres.

Así mismo, la perspectiva dialéctica e interactiva de los procesos de socialización (Morton, 1996; Rogoff, 1993, 1997), al enfocar el análisis hacia los mecanismos de negociación y reinterpretación de los saberes y valores por parte de los niños como actores activos, ha permitido demostrar, por un lado, que las prácticas y actitudes alimentarias parten de lo corporal, y siempre toman sentido dentro del *continuum* relacionado con la lógica cultural que explica las formas de comer actuales, que implican sufrimiento y displacer («malestares») pero también placer y satisfacción («bienestares»). Es, precisamente, por este motivo, que proponemos denominar «Estares Alimentarios» a todos aquellos comportamientos alimentarios que entran a formar parte de este *continuum*, y que pueden ir desde el «no comer» hasta los «hartazgos», pasando, entre medias, por toda una gama de conductas alimentarias

que, en definitiva, reflejan las características, a menudo contradictorias y que van desde «el exceso» hasta «la carencia», de nuestro sistema en general y de nuestro sistema alimentario en particular<sup>4</sup>.

Por otra parte, el *agency* también nos ha permitido observar que no existe una uniformidad absoluta en la manera en que niños y niñas se comportan, piensan y se sienten en relación con su cuerpo y la alimentación. Es decir, aunque sean las mujeres las que más ejercen o reivindican el control sobre sus cuerpos mediante la comida por las relaciones que desde pequeñas establecen (enseñan-aprenden) con y en ella, tanto los niños como las niñas tienen «bienestares» y «males-tares» que pueden ser manifestados tanto a través de la alimentación como del ejercicio físico, la sexualidad, etc. Al respecto, hay niñas que protestan contra el modelo de delgadez y buscan modelos alternativos a éste. En efecto, se han encontrado grupos de niñas que critican valores como la sensibilidad o la dulzura, y que se reafirman en otros (tradicionalmente masculinos) como la valentía, el coraje, la fuerza, etc. Valores que, por otra parte, van ligados a actitudes hacia la alimentación más hedonistas y menos restrictivas.

En este sentido, los cambios que actualmente se están dando en el sistema de género repercuten en los modelos de socialización alimentaria y viceversa, comportando, como Del Valle *et alii* (2002) afirman, «modelos emergentes» *en los sistemas y las relaciones de género*, pero también en el sistema alimentario.

### *Claves para mejorar la prevención.*

#### *De la educación nutricional a la educación alimentaria.*

Como ya ha quedado claramente manifiesto, la alimentación es el proceso por el cual decidimos lo que comemos y lo que no comemos; a través de ella nos expresamos, comunicamos, nos identificamos o no con los demás y nos relacionamos. Además, la manera en que nos alimentamos depende de la manera como vivimos (Observatorio Alimentación, 2006).

<sup>4</sup> Para más información sobre los «Estares Alimentarios» se puede consultar la tesis doctoral: Zafra, E. (2007) *Aprender a comer: procesos de socialización y trastornos del comportamiento alimentario*. Departament d'Antropologia Social i d'Història d'Amèrica i Àfrica. Universitat de Barcelona.

Teniendo esto en cuenta, la educación alimentaria tendría que englobar formas de transmisión-aprendizaje en las que la comida se enfocase como forma de nutrición pero también de expresión, como vehículo de comunicación o integración; aludiendo no solo a la dimensión objetiva o nutricional de la alimentación, sino también a la intersubjetiva, abordando la cuestión del don, del ritual, de la comen-salidad, de la otredad, etc.

Al respecto nos gustaría añadir unas ideas que, aunque modestas, pudieran ayudar en la reflexión y/o abordaje de la educación alimentaria en la población infanto-juvenil. Nos referimos a ir más allá de la mera transmisión de conocimientos sobre nutrición, sexualidad, etc., para ir a fórmulas de intervención que pudieran articularse con la propia sociabilidad de la población infantil y adolescente, así como en los ámbitos de todos los agentes socializadores, en tanto que los mensajes y roles sociales que intervienen en la conformación de la identidad del sujeto se transmiten y se empiezan a interiorizar desde edades muy tempranas y desde muy diversos ámbitos. Pensamos, así pues, que se tendrían que buscar medidas verdaderamente interdisciplinarias que incidieran en la raíz de los motivos que sustentan la diversidad de prácticas y actitudes alimentarias —que van, según las circunstancias, del exceso a la carencia, del placer al sufrimiento, del control al descontrol, etc.— que hoy coexisten y son expresión de nuestro propio orden social.

En este sentido, creemos que se debería apostar por un «enseñar/aprender a comer» en un sentido amplio, no solo pensando en una educación nutricional, sino también social, emocional... Es decir, en un «enseñar/aprender a vivir» que negociara los atributos y estereotipos sociales y físicos que se adjudican a chicos y chicas en función de su sexo; que enseñara a valorarse a uno mismo y a los demás por otros criterios que no fueran exclusivamente materiales; y que todo ello se trabajara en y desde cada uno de los ámbitos de la socialización: familiar, medios de comunicación, educadores, sanitarios, administración, empresas de restauración, industrias de ocio y de alimentación, responsables políticos, autoridades, ciudadanía en general, etc.

Además, hemos comprobado que la alimentación se utiliza a menudo como una alternativa para transmitir o poner de manifiesto los sentimientos y emociones —bienestares y malestares— que ineludiblemente van ligados a las circunstancias socioculturales que rodean

a los sujetos, así como a sus experiencias. Siendo así, ¿por qué no trabajar la prevención desde la experiencia, desde lo emotivo, lo social, lo cultural, etc.? Es decir, ¿por qué no enfocar la educación alimentaria desde lo corporal?

Por ejemplo, está demostrado que dejar que los niños y niñas participen de una forma más directa en la definición y elaboración de sus propias ingestas —en las cantidades, variedad de contenidos, tiempo disponible para comer, etc.— fomenta su autonomía y favorece, a la vez, una mayor aceptación hacia la comida y hacia aquello que ésta pueda representar. En este sentido, y sin dejar de lado por ello las recomendaciones nutricionales, pensamos en los beneficios que podría suponer educar a los niños en el aprendizaje de una ingesta alimentaria de acuerdo con sus ritmos internos, momentos y circunstancias sociales diversas.

Creemos, por lo tanto, en las ventajas que podría aportar en orden práctico, por ejemplo, el hecho de que el comedor y el menú escolar pudieran aprovecharse de manera pedagógica en relación con los aspectos sociales y culturales de la alimentación, aspectos que ayudarían a reconducir la cultura del cuerpo hacia la experiencia del mismo, fomentando, para ello, en los niños, ya desde edades tempranas, actitudes hacia la alimentación como fuente de energía y salud, pero también como fuente de placer, comensalidad, sociabilidad y/o afectividad, ya que un asunto tan social y cultural como es la alimentación debe abordarse como tal: concibiendo a la persona como un cuerpo físico, social, emocional... y dejando atrás la clásica disociación entre lo biológico y lo cultural, entre alimentación y nutrición, entre cuerpo (físico) y mente.

### *Bibliografía*

- BUTLER, J. (2001) *El género en disputa*. México: Paidós.
- CARPENA, J. (1999) *Variabilitat sociocultural de les experiències d'aprenentatge alimentari*. Treball de recerca del programa de Màster-Doctorat en Investigació Bàsica i Aplicada en Antropologia Social i Cultural. Departament d'Antropologia Social i Prehistòria, Bellaterra: U.A.B.,

- CARRASCO, S. (1991/92) *Antropología i alimentació. Una proposta per a l'estudi de la cultura alimentaria*. Bellaterra: Servei de Publicacions U.A.B.
- CENCILLO, L. (1993) «Alimento, afectividad y significados». *Antropológica. Revista de Etnopsicología y etnopsiquiatría*. Instituto Antropología de Barcelona, 13-14: 75-90.
- CHERNIN, K. (1985) *The hungry self: Women, Eating and Identity*. Nueva York: Harper and Row.
- COMAS D'ARGEMIR, D. *Et alii Vides de dona. Treball, família i sociabilitat entre les dones de classes populars (1900-1960)*. Barcelona: Alta fulla.
- CONTRERAS, J. y GRACIA, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- COUNIHAN, C.M. (1999). *The anthropology of food and body. Gender, meaning and power*. Londres: Routledge.
- COUNIHAN, C.M y KAPLAN, S.L. (1998). *Food and Gender. Identity and Power*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- DEL VALLE, T. (coord.) (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*, Madrid: Narcea.
- DI NICOLA, V.F (1990) «Anorexia Multiforme: selfstarvation in historical and cultural context» «Part I: Selfstarvation as a historical chameleon» y «Part II: Anorexia nervosa as a culturereactive syndrome» En *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27.
- DSM-IV (1994). «Criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosas». *Academia Americana de Psiquiatría*.
- ESTEBAN, M.L (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- FOUCAULT, M. (1992) [1977] *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2005) [1977] *Historia de la sexualidad. 1 La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- GARINE, I. y POLLOCK, N.J. (ed.) (1995). *Social aspects of obesity*. Amsterdam: Gordon and Breach Science Publishers.
- KERR, M. y CHARLES, N. (1986). «Servers and providers: the distribution of food within the family». *Sociological Review*, 34 (3).
- LUPTON, D. (1996). *Food, the body and the self*. Londres: SAGE Publications.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*.

- MOORE, L.H (1991) *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- MORTON, H. (1996) *Becoming Tongan. An ethnography of childhood*. Honolulu: University of Hawai Press.
- MURCOTT, A. (1983 a). «Women's place: cookbooks images of technique and technologie in British Kitchen», *Womwn's Studies International Forum*, 6 (1): 33-9.
- OMS (1982). «Estilos de vida y condiciones de vida y su impacto sobre la salud», Höhr-Grenzhausen, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57:1059-1063.
- ORBACH, S. (1986). *Hunger strike: the anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. Nueva York: Avon.
- POULAIN, J.P (2002a). *Sociologies de l'alimentation*. París: P.U.F
- ROGOFF, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós.
- ROGOFF, B. (1997). *Culture and human development*. UC Santa Cruz (en prensa).
- SÁNCHEZ, M.J. (2004). «Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria», *Gazeta de Antropología*, 20 En línea: <www.ugr.es>.
- SOBAL, J.(1995) «The medicalization and demedicalization of Obesity», en Maurer, D. Y Sobal, J. *Eating agendas. Food and nutrition as Social Problems*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- ZAFRA, E. (2007) *Aprender a comer: procesos de socialización y trastornos del comportamiento alimentario*, tesis doctoral, departament d'Antropologia Social i d'Història d'Amèrica i Àfrica, Barcelona: Universitat de Barcelona.



LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS DIABÉTICOS  
Y SUS IMPLICACIONES PARA LA IDENTIDAD DE GÉNERO  
EN LAS SITUACIONES DE COMENSALIDAD

Andréia Aparecida Ferreira Lopes  
IFCH/UNICAMP, Brazil  
Rua Luis Guisso, 32 - Caixa Postal 171  
86300-000 - Cornélio Procópio/PR  
andreaia-f@uol.com.br

*Resumen: El trabajo problematiza el hecho de que las prácticas para el cuidado de la diabetes traen serios desafíos para las prácticas sociales relacionadas con las situaciones de la comensalidad. Las diferentes condiciones que los hombres y las mujeres tienen para obtener éxito en el mantenimiento de la dieta, se relaciona con el papel que las prácticas alimentarias tienen en la constitución de la identidad y en la reproducción de los lazos y de las relaciones afectuosas en los grupos sociales.*

*Palabras clave: alimentación, diabetes, identidad, género, cuidado de sí.*

*Abstract: The work problematizes the fact that the practices for diabetes' care bring serious challenges for the social practices related to commensual situations with friends and family. The difference in the conditions that men and women have to obtain success in the maintenance of the diet is related to the role that eating practices have in the constitution of the identity, and in the reproduction of the bonds and the affectionate relationships in the social groups.*

*Keywords: eating, diabetes, identity, gender, care of the self.*

*Introduction*

One of the central issues in the diabetics' health care concerns diet. The diabetics' eating practices can become loaded with new senses related to the familiarization with the universe of nutrition knowledge. Guided by the concept of appropriate nourishment, diabetics include in their eating practices considerations about the amount and nutritional quality of the foods, the frequency of the meals, besides the evaluation and choice criteria of the foods – as the case of the incentive to the practice of verification of the ingredients on food labels.

During the research, I have become particularly concerned about the impact of the reorientation of the diet on some eating practices characterized as commensal meetings between friends and relatives: visits, family lunches on Sundays and other festivities. These situations are associated to a set of embarrassments that the diabetics feel due to the eating restrictions imposed by the treatment<sup>1</sup>. Even if the 'cheating' in the diet – which the literature recognizes as a relatively frequent practice among diabetics, and almost always admitted in the researched group – possibly make diabetes go unnoticed, some diabetics represent the commensal situations through the image of conflict and discomfort.

One of the subjects that is important to consider in the scope of the eating practice among diabetics concerns the impact that the care of the self has upon the diabetic's social relationships. The diabetics' frequent reference to uncomfortable sensations experienced when they have a share in the meals led to the reflection about the nature of the representations by which they express themselves. What these narratives talk about the difficulties of sharing the meals with the relatives? In which forms can this issue illuminate the reflection about the restructuring of the diabetic people's identity and their social re-

<sup>1</sup> Certainly the results concerning the embarrassments that the diabetics feel due to their diet can also be extended to people that suffer with other conditions, as the case of the celiac disease, the lactose intolerance or the obesity. Besides, the same type of embarrassments can be felt by people that simply change to a different diet - the dietary vegans, for example.

relationships, and about the practices around the commensalism in a more general way?

The problems that diabetics have with the occasions of commensalism certainly constitute a strategic analysis object which can give access to important aspects of the family relationships. After affirming that the nutrition is a more fundamental biological process than sex, Richards (2004) emphasizes its relevance to the social life:

In the life of the individual organism it is the more primary and recurrent physical want, while in the wider sphere of human society it determines, more largely than any other physiological function, the nature of social groupings, and the form their activities take (RICHARDS, 2004:1).

On the one hand, Richards' statement evokes what Rosa Garcia (2005:277) say about the application of the anthropology knowledge to the nutrition areas: «The eating practices contain the cultural identity, the social condition, and the family memory expressed in the procedures related to the choice of food, the food preparation, and its consumption»<sup>2</sup>. In that sense, I wonder in what way the embarrassments felt in the commensal situations are related to the person's own identity as diabetic. How this identity confronts the family background and its relationships?

The anthropological studies about eating practices show that the commensalism plays a central part in the reproduction of the relationships in different social groups. In those situations, the plentiful meals and the favorite dishes «feed both the ties and the affectionate relationships». The sharing of the sensations that are produced by the collective meal contributes for the updating of the group cohesion (MACIEL, 1996).

On the other hand, this work focuses the mechanism by means of which the diabetics' embarrassment - when they refuse an offer of food, or present a different feeding behavior in a commensal situation - points to the break of a relationship of exchange. In this sense, I am addressing to the gift system in the same way as Strathern (2006) refers to it, and, more specifically, to the unmediated exchange; and also to the terms by which the hospitality practices that surround the food in Brazil have been analyzed (DAMATTA, 1986).

<sup>2</sup>The author's translation.

*The diabetes' care*

This work is based on the discoveries of the research I have been developing in a diabetics association in São Paulo, Brazil. The field work includes the observation of the weekly activities that congregate the diabetic members of the association. The activities are organized in groups including from 12 to 18 people. These groups take place in the association's headquarters. The objective of the groups' activities is related to the education for how to deal with diabetes, the familiarization with the biomedical ideas and concepts about the physiologic processes related to the illness, and the introduction in a wide universe of knowledge concerning habits and practices of care of itself - ranging from the techniques for the glycemic measurement and insulin application, to the concepts of healthy eating.

Besides the activities of more educational character, the association has two psychotherapy groups, which also meet weekly. The research includes not only the observation of those activities, but also semi-structured interviews with 12 selected members.

The members that frequent the association's activities are aged between 53 and 90. The great majority is composed by women - 8 out of 12 people interviewed are female. Although some members present some characteristics that define them as being part of middle class - having a bachelor's degree, a qualified profession or being a matter of small shop owners, as the case of three interviewed men and of one woman -, the vast majority is fundamentally composed by retired working class people. Among the women, 50% live alone - in this case they are widows -, two of them live with their husbands, and the family unit still shelters some single son; one of the other two women is divorced and lives with two single children, the other woman lives with the daughter's family. Usually the male presence in the groups organized by the association never exceeds 25%. Among the four interviewed men, two of them still maintain the family unit constituted by wife and children; the third man lives with the wife, having his children already married; and the fourth man is single and lives alone.

In spite of the advice and incentive that are produced in the activities in which the diabetics participate, it is quite variable the extent to which they really engage in the change of the eating habits;

and such analysis lies outside the scope of this paper, since it involves more detailed study concerning the relationships they settle down in associative practice. The data that are analyzed here consist of some diabetics' reports about the difficulties that they have in order to maintain the practice of caring of themselves in the family meeting's situations.

The basic concerns about the eating practice evoked by the reports are two. The first concern is related to the avoidance of certain foods that are considered inadequate to the maintenance of the glycaemic control - those foods that cause the glycaemia to go up, mainly those that contain sugar, but also the foods that are considered very greasy or rich in carbohydrates. The second concern is related to the schedule of the meals. The association's members are told to increase the number of daily meals, and maintain intervals of three hours between them. In this way, the amount of food must be smaller in each meal, what is considered a strategic way to maintain the blood glucose index constant (avoiding the high blood glucose index - the hyperglycemia, or simply the hiper, as it is called by the diabetics - and the low blood glucose index - the hypoglycemia, or the hipó).

### *Taking care of the self: a «selfish» behavior*

When treating the distinction between food and nourishment, Roberto DaMatta (1986:56) stated that the «food is not just a nourishing substance but it is also a mode, a style and a way of eating. And the way of eating defines not only what is ingested, as well as the person that ingests» (DAMATTA, 1986:56)<sup>3</sup>.

Then, the «kitchen»<sup>4</sup> is constituted in a practice which produces and reproduces identities. As an example, I mention Ana Maria Canesqui's research (2005) - produced in the context of families of working class -, which shows that it is the moral attributes that are connected to the skills in the kitchen that make the reputation of a woman as a good housewife:

<sup>3</sup> The author's translation.

<sup>4</sup> The «kitchens» or «eating systems» give sense to the eating practices of the human groups. Their study includes to ask about: what, when, how, where and whom someone eat with (MACIEL, 2001). The author's translation.

Knowing how to cook, preparing the food for the husband and the children and not for oneself, taking painstaking care of the food, «not losing the control over the stove», which implies in avoiding any waste, and being «hard-working», the one who is constantly active in the space of the house... (CANESQUI, 2005:187-9)<sup>5</sup>.

Moreover, the research made by Assunção (2008) about families of both middle and popular classes, in a municipal district of Santa Catarina, Brazil, reveals the meaning of *cooking* in terms of *cooking for somebody*. That is to say, a female practice is directed to the other family members (ASSUNÇÃO, 2008:6). Moreover, the *mother's* culinary knowledge – concerning both the best form of food preparation and the *children's tastes* – becomes a powerful device in the relationship between the mother and her daughters, sisters, sister-in-laws, and between mother-in-laws and daughter-in-laws (ASSUNÇÃO, 2008:8 and 10-11).

Contrasting with the tendency for the care of the other, which characterizes the *mother's* and *wife's* role in the kitchen; the care of the self in the eating practice of diabetic women came up as an analytical dimension throughout the research.

The diabetics' other researchers have already pointed out the inflections that the gender provokes in the practices of care of the self. The Pittman's work (1999) in the context of the poor neighborhoods from Avellaneda in Argentina shows that women's caretaker role is central in the way they explain both the emergence of diabetes and the reason why they do not manage to treat themselves appropriately. When they cannot supply their children's needs, they get ill with *nervios* (PITTMAN, 1999:9). The diabetes is understood as a consequence of this situation. Diabetic women describe the care for themselves as a selfish behavior, which is in opposition to the maternal attitude: «Yo creo que ser madre te condiciona. Dejás de ser, para vivir por el otro», as argues one of the author's interviewees (p.19). Under penury conditions the mothers tend to sacrifice their own needs in order to buy the food for their children.

Among the diabetic patients' interviews in two hospitals of Porto Alegre-RS, Brazil, Witt (1996) observes one

<sup>5</sup> The author's translation.

... clear difference in the answers obtained from diabetics of the male and female sex to the statement: «I think first about myself». Male diabetics chose this statement always without hesitating, while the female hesitated and later said that «first they thought about the husband and the children and later about themselves (WITT, 1996:153)<sup>6</sup>.

A large number of the reports in the psychotherapy groups I have observed in the association refer to family relations. In this subject some themes repeat more frequently than others and sometimes they are welcomed by the participants, who demonstrates to sympathize with the speaker's position. The homogeneity of the group regarding the course of life - retired, old-aged, grandparents - and also with regard to the sex - most of them are women - certainly plays an important part in the recurrence of the treated themes.

The reference to the children is made through (1) the concerns with their professional accomplishment and with their afflictions; (2) the obligation relationships that are maintained with them - as, in the most frequent case, the care of the grandchildren; (3) the conflicts in the personal relationships - when the points of view are divergent or when they are pointed as «absent fathers/mothers», which engenders failure feelings -; and also (4) the meeting situations provided by the maintenance of the kinship relationships - the visits, festival meetings or periods of family meeting - as the case of vacations, for example.

Taking care of the grandchildren is an important attribution in the relationship that many members maintain with their sons and daughters. This activity frequently causes the absence from the meetings in the association. Sometimes that absence is prolonged, as when a grandmother travels to help the daughter that lives far away with her newly born, or when the daughter or the daughter-in-law work outside.

The way by which the family bond involves the women in the supportive practice of the domestic group, above all through the maternity, shows how the care with the other is a condition that marks deeply their experiences, knowledge and sensibilities.

<sup>6</sup>The author's translation.

*Feeling uncomfortable at commensual occasions:  
a gender problem*

Elisa told the group that when she usually visits her younger sister there is no way of having control over the schedule of eating - «They will not make the lunch before 4 p.m.!» -, and it is impossible to have something to eat because she never find food ready cooked - «I never find something to eat!». She presented the situation as really difficult for her (Field notes).

Elisa's report refers to an uncomfortable condition in the family encounter: nobody takes care of her. She does not also feel autonomy to establish their practices of care of herself at those moments in which she «returns» to the family.

On the same occasion mentioned above, Ester exemplified with her own experience<sup>7</sup> the idea that only the mother is capable of taking care of the other. She concluded that, with the exception of the mother, nobody else in the family would assume the care with the diabetic relative.

Being with the family is felt as something incompatible with the eating practices required by diabetes. That becomes evident with the example by which Elisa showed to the group how she averted the problem of eating in a walk to the beach, when she was vacationing with her son's family:

She also used to spend long periods at the beach in the company of relatives, but her advantage was that the house was very close to the beach, and so, she could escape from the group and come back quickly: «I go, have something to eat, and then I come back». As I understood from the gestures that accompanied her comment, the attitude of going out for a fast meal and coming back soon, expressed especially its advantage of passing unnoticed (Field notes).

<sup>7</sup> She reported that her son had suffered for a long time with a disease that forced him to eat every 3 hours, and only cooked vegetables. She emphasized the enormous care that she had leaving the portions prepared beforehand. She concluded by saying: «I did that because I was a mother, nobody else would do the same thing» (Field notes).

The image of an awkward attitude come up from the woman's description when she tries to explain the difficulties of taking care of herself in the situations of family meetings. The diabetes care seems to threaten the appropriate sharing of the meals, and therefore the updating ritual of the group cohesion. Will it be that the woman's caretaker identity is threatened when she takes care of herself? Does the woman's care of the self threaten the family's cohesion? Can the woman only take care of herself when she is alone? What is the gender of the care of the self?

In the same session of the group mentioned above, Ernesto gave an example of his own experience:

He always had lunch at midday, «It is always the same wherever I am». He told the group that once, on a trip with his nephew, they were in the highway when he verified the schedule of the lunch. Immediately, Ernesto said to his nephew that they should have lunch, and he was inflexible on the subject. The situation led to an argument because his nephew wanted to postpone the schedule of the lunch. Since then they have not talked to each other anymore. Ernesto said that it was similarly very difficult to arrange schedules for the Sunday lunch with his children. He said that he solved the problem by deciding that those who wanted to eat lunch with him should go to his house, and then he would take charge of preparing the meal personally, «and it is being like this since then» (Field notes).

Ernesto did not demonstrate the same awkward attitude to solve the difficulties with the care of himself. On the contrary, he imposed his need in quite a decisive way. He lives with his wife and his sons are all married. Differently from other men that I interviewed, Ernesto maintained quite an autonomous attitude towards the care of himself: he prepared his food personally.

However, in some cases of diabetic men the families reorient their own eating habits to make the father's diet possible. This is the case of Walter. I asked him if the relatives helped in the care with the diabetes:

They help a lot. At home, my wife makes everything that exists in a sweet shop, in a bakery... she makes it diet and light for me! (...) she makes everything diet.

Similarly to the case of Walter, Henrique's family is also on a diet, and there is no different dietary practice among its members. In the two cases, the domestic unit is still characterized by the structural integrity - with wife and children.

However, Walter and Henrique also refer to some embarrassing situations provoked by their eating restrictions when they visit distant relatives. There the meal is blended with a more intense sense of the family identity bond.

When I am at a Christmas party, my relatives usually make a diet dessert because they know that I am diabetic. That is very kind of them, but I wish that things weren't like that, you know?

The concern about maintaining the healthy eating practice - including the schedules and the quality of the food - represents a great difficulty to the diabetic people in those family encounters, which are characterized by distinct temporal and spatial arrangements that are difficult to control. The strong appeal for the «total» participation in the collective practice - which would have the meaning of sharing the pleasure, the sensations and the group cohesion - is represented by the stealthy and discreet aspect that the lonely meal must have in the context of family gatherings - «I go, have something to eat, and then I come back», without being seen.

Refusing a sweet that is made with sugar in a distant relative's house, refusing a cachaça drink at a party with friends, asking for a brother does not sweeten the coffee kept in the flask when vacationing in his house, having a strict meal's schedule, injecting himself with insulin every day, finally, the practices of care of the self that the diabetic person takes on or should adopt challenge the temporal and spatial arrangements of the meetings with friends and family. It is «as if you were leaving that group in which you are», as Henrique expressed himself when referring to the discomfort of feeling himself different when refusing an offered food. As if, in order *to be together* - commemorating, going out with friends, visiting the distant relatives, and so forth -, it were necessary to eat together, at the same time, the same dish, in the same place: to be a true commensal.

There seems to exist a difference in the masculinity and femininity demands that result in different conditions by which men and

women manage to keep themselves on a diet. Not only do *fathers* and *husbands* receive the care of their *wives*, but also their caring practices toward themselves are supported by the entire family. Such a support can even lead the whole family to adhere to their diets. So, men have an advantage over women, who do not have their own care practices legitimized. Although they are not also free from certain discomforts, it is necessary to acknowledge that this support with which men count on their families gives them certain support in the frequent «negotiations» in the commensal moments<sup>8</sup>. It is necessary to notice, however, that the *fathers* and *husbands* do not dominate or assume entirely the practice of care of the self – they just *receive* the care, or they *are cared for*.

Considering the *mothers's* and *housewives's* condition, things seem more difficult. It is interesting to see how Witt (1996) puts the subject:

... the diabetic's metabolic control depends on the use of multiple doses of insulin, regular meals and on a balanced program of exercises, besides the measurement of the blood glucose index at home. How to reconcile this schedule with the women's daily work, since it is conditioned to the husband's and children's schedule? (WITT, 1996:154)<sup>9</sup>.

The experience of the lonely old aged women shows that it is exactly the family gatherings, in other words the moments of reintegration with the family, that represent greater challenges for the care of the self. The impotence and failure sensation felt by these women, when they attempt to reconcile those commensal occasions with their cares for themselves, demonstrate the extent to which such practices shock with their identity in the group. Although they dominate the caring techniques, in the family context they are prevented of addressing the same care to themselves. Women's practices are only legitimate when they are directed towards the others.

<sup>8</sup> I refer, for instance, to the insistent invitations made by people that demonstrated dissatisfaction with the refusal: «'Would you like a cachaça drink? ', 'Would you like a drink? ', 'No'. That is to say, it is very difficult, you know?» (Henrique).

<sup>9</sup> The author's translation.

*The care of the self and the family moral obligations*

Besides familiarizing diabetics with a set of values which can give support to their caring practices in their social environments, the educational activities of the association evokes some of the modern life values.

The association's psychotherapy groups compose the set of strategies by which diabetics learn how to deal with diabetes. The objective of these groups is to constitute spaces for the expression of the most personal and intimate dimensions of their members. The psychotherapy groups' practices are directed to the treatment of the «emotional» field, which is considered one of the factors that affect the diabetic's health condition.

The perspective that legitimates the professionals' acting in the association is based on certain representations concerning the relation between emotional and physiologic manifestations in the body. These representations are proposed to the diabetic members through advice about forms of taking care of themselves, which guide the attention towards a set of issues that – although not organic, corporal or physical in its nature but psychological, emotional or mental – should compose the range of concerns about the care with the diabetes.

I selected some themes developed by the psychologist in her interaction with the members during the discussions about their personal experiences that were shared in the group's sessions. The idea is to exploit some suggestions by which the diabetics are advised in order to deal with their way of being, and then to cope with the problems that they complain about. So, it is possible to improve the understanding about the association's proposal for how the diabetics should take care of themselves.

«Learning to be alone with the others». That was the idea I came across when I was trying to understand the ethic that characterizes the good diabetic's profile. Some excerpts of the groups' discussions led me to that: «Nobody asks for somebody to die with»; «You are born alone and die alone»; «Nobody takes care of anybody, the only one that takes care of you is yourself». These assertions were part of a discussion about solitude. Once during a group psychotherapy session the ideas of «taking care of the self» and «making decisions» were pointed

out as up to the person herself. In a very significant passage of those discussions, I wrote down in my field notes:

Each person should ask himself: «What is important for me?». The suggestion was followed by the idea that this attitude would take precedence over the care with her or his own children. The comment pointed out the excessive dedication that parents devote to their children. That is to say, even when parents are taking care of their own children, they still should not abandon what was important to themselves personally; they should find the best form of reconciling the two things (Field notes).

These perspectives inflate the self in such a way that it seems to become incompatible with the dispositions of the family relationships experiences as they were lived in the past. The *caretaker mother* should give way to the self centered individual, busy with himself. The individual that takes on the responsibility for the care of himself certainly may seem too selfish for mothers who says that «the children are worth any sacrifice». At the same time as this self comes to light, it seems that it make the caretaker to acknowledge how wrong she conducted herself in the past, abandoning herself to be a support to others; how wrong it was what seemed to be the most right and valued thing to be done: «I was submissive, I was a super-mother, super-woman», as Selma expressed once. This self gives a sharp tone to the dislocating of references that comes as a solution to the experience of solitude, strengthening a more individualistic experience.

The individual more autonomous in the caring of himself becomes critical in the face of the traditional values and skilful at making his own choices. The Diabetics are advised to be acutely aware about themselves: as a manner of living better they are counseled, for instance, to become conscious of the way they think or feel the things which affect them, they must «see» the things. In so doing, people could evaluate the «collective influence that imposes the values upon the unconscious mind».

The narratives that were collected in the psychotherapy groups point out the changes that have been happening above all in the members' family relationships, but also in those related to the job market. These changes reflect some conflicts related to the material and affectionate support relationships, and the reciprocity among the

generations. The orientation for the diabetes care implicates in the «reformation» of the sociability forms related to the social roles in these institutions. The members are invited to «become aware» that they need to «see» things better in order to change their conduct in the relationships.

The emphasis on the individual's responsibility about the conditions of his life - starting from the idea of the fact that «nobody takes care of anybody», or that «being alone is a man's condition» - dialogues, in inverse sense, with the traditional family principles of care and mutual support obligations. In order to take charge of diabetes care, the diabetic needs to turn to himself and change the relationship that he maintains with the others. Which means, for instance, that the old aged woman should take on the practice of the care of herself, reconciling it with the family's social practices. The care of the self takes precedence. The care with the other should not threaten the well-being of the one who cares.

In the researched group two perspectives come in conflict with the current phase of life of its members: on the one hand, the horizon of a life characterized by the individuality and by the care of the self; on the other hand, the persistent posture that is oriented towards the support of the other.

The individualizing character of biomedicine, which demands that individuals become active and responsible partners in the taking care of themselves<sup>10</sup>, take part into a broader scenery in which the collective issues become more and more a matter of individual responsibility. Rose (2001) points out the facts that in the contemporary world human beings would be closer and closer to the understanding about themselves in somatic terms. As this process goes on, the corporality becomes one of the most important places for the self-identity, and for the use of techniques and ethical judgments. The somatic individuality becomes open to the choice, prudence and responsibility (p.20-1).

On the one hand, the tendency to increasing individualization in the modern life is welcome, since it represents the conquest of autonomy and freedom of choice. On the other hand, reaching this

10 See: DEBERT (1999), FEATHERSTONE (1991), LASH (1997).

state of affairs would implicate changes in the emotional and corporal dispositions connected to the practice of taking care for others - a complex set of values and sensibilities that *mothers* and *housewives* experienced during a long period of their lives when their children depended on them. Certainly, a very difficult lesson to learn if we consider the condition of being alone as the experience of people that, during a great part of their lives, mobilized themselves, their bodies, and their own way of being in the social life, with values through which they were oriented to the care of the other, to the assistance and support of the relatives, especially of the children.

The study of Sarti (2005) about the poor people's morality in a neighborhood of São Paulo, Brazil, points out that «the family, considered as a moral order, constitutes the mirror that reflects the image with which poor people order and give sense to the social world» (p.22)<sup>11</sup>. For the author, the family is based on a principle of moral obligation with which their members are defined as committed amongst themselves: «... the members of the family are those on whom one can count, that is to say, those who reciprocate, those, therefore, to whom one has obligations» (p.85).

The author emphasizes the diffuse character of the family moral obligation, since the reciprocity is not ruled by the explicit interest or by the immediate exchange, but by the trust (p.86). In this context «... the parents that bring the children up and take care of them are worthy of deep retribution, being a sign of ingratitude if one does not recognize the obligation» (SARTI, 2005:82).

The moral pattern drawn by Sarti (2005) is very close to the one that characterizes the family relationships experiences of the researched group. The diabetics are urged to reform the forms of being which predisposed them to the commitment to the moral obligations of the family as a collective project. The professionals that guide on the diabetes cares evoke a new involvement pattern in the social relationships, which one implicates the pre-eminence of the care of the self. The practices of the diabetes' care - the eating habits, the schedules of the medicines and the monitoring of blood glucose index - establish, in the referred social situations, the emphasis in the self instead of the emphasis on the other.

11 All the citations of Sarti (2005) were translated by the author.

A crucial issue that challenges the researched diabetics' group is how to prioritize the care of the self in spite of the fact that in the social practices, that sustain their life experience, care is something that is given or received. In this way, turning the care towards someone's self means breaking the family exchange pattern, thus threatening the principle of moral obligation that the family represents. Therefore, this suggests a picture in which relationships are being broken.

### *Bibliography*

- ASSUNÇÃO, Viviane Kraieski (2008) *Comida de mãe: notas sobre alimentação e relações familiares*. Porto Seguro/BA: 26ª Reunião Brasileira de Antropologia.
- CANESQUI, Ana Maria (2005) «Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores». En CANESQUI, A. M. y GARCIA, R. W. D., (Org.) (2005) *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- DAMATTA, Roberto da (1986) *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco.
- DEBERT, Guita Grin (1999) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP/FAPESP.
- FEATHERSTONE, Mike (1991) «The body in consumer culture». En FEATHERSTONE, Mike Hepworth y TURNER, Bryan S., (Ed.) (1991) *The body: social process and cultural theory*. London: Sage Publications.
- GARCIA, Rosa Wanda Diez (2005) «A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição». En CANESQUI, A. M. y GARCIA, R. W. D., (Org.) (2005) *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- LASH, Scott (1997) «A reflexividade e seus duplos: estrutura, estética, comunidade». En BECK, Ulrich, GIDDENS, Anthony y LASH, Scott (1997) *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Unesp.
- MACIEL, Maria Eunice (1996) «Churrasco à gaúcha». *Horizontes Antropológicos*, 4:34-48.
- MACIEL, Maria Eunice (2001) «Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin?» *Horizontes Antropológicos*, 16:145-56.

- RICHARDS, Audrey I (2004) *Hunger and Work in a Savage Tribe: a functional study of nutrition among the southern Bantu*. Londres: George Routledge & Sons.
- ROSE, Nikolas (2001) «The politics of life itself». *Theory, Culture & Society*, 18(6):1-30.
- SARTI, Cynthia Andersen (2005) *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez.
- STRATHERN, Marilyn (2006) *O gênero da dádiva: prolemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Editora da Unicamp.
- WITT, Regina Rigatto (1996) «Gênero e diabetes: implicações para o autocuidado». En LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. y WALDOW, V.R., (org.) (1996) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.



DOGMA NUTRICIONAL BAJO PARADIGMA BIOMÉDICO:  
REPERCUSIONES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Lina Masana<sup>1</sup>

*Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social  
Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España)  
Campus Catalunya  
Av. de Catalunya, n° 35, 3ª planta, 43002 — Tarragona  
caterina.masana@urv.cat*

*Resumen: El control de la dieta en personas con enfermedades crónicas por parte de los profesionales sanitarios, cuyo discurso sobre el comportamiento alimentario se centra en la salud o la enfermedad, tiene implicaciones para el individuo que van más allá de los aspectos puramente biológicos y nutricionales. El objetivo de este artículo es presentar una primera aproximación sobre las repercusiones extrabiológicas de los regímenes alimentarios impuestos biomédicamente en enfermos crónicos, contextualizando la problemática a través de un enfoque sociocultural y a partir de los primeros datos etnográficos obtenidos de una investigación en curso.*

*Palabras clave: enfermedades crónicas, alimentación, dieta, dogma nutricional, repercusiones, iatrogenias.*

*Abstract: Medically prescribed diets on chronic ill persons, where medical discourse on eating behaviour centers on health and illness, have implications for the individual beyond biological and nutritional issues. This paper is a preliminary exploration of the extra-biological repercussions of medically imposed dietary regimes*

<sup>1</sup> Becaria del DAFITS - Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la URV; Beca predoctoral Personal Investigador Novel (FI — *Generalitat de Catalunya*). Con el soporte del Comisionado para Universidades y Investigación del Departamento de Innovación, Universidades y Empresa de la *Generalitat de Catalunya* y del Fondo Social Europeo.

*for chronic ill persons, framing the problem in sociocultural terms and using preliminary ethnographic data drawn from a research project in progress.*

*Keywords: chronic illness, food, dieting, nutritional dogma, repercussions, iatrogenic.*

### *Cronicidad: el nuevo reto de las políticas sanitarias del s. XXI*

En las últimas décadas, el incesante y rápido aumento de personas que padecen enfermedades crónicas supone la principal problemática y preocupación de los profesionales de la salud y del amplio conjunto de la población afectada. Los avances en medicina, tecnología y salud pública del pasado siglo han contribuido al aumento de la esperanza de vida. Desde el punto de vista biomédico, dicho aumento en longevidad, entre otras variables —hábitos en relación a la alimentación, a la actividad física, al consumo de sustancias nocivas, etc.—, ha supuesto una mayor probabilidad-riesgo de padecer una enfermedad crónica en algún momento de la vida de las personas (WHO: 2002)<sup>2</sup>. Además, dichas enfermedades constituyen actualmente más de la mitad de la carga mundial de morbilidad, siendo la causa del 60% de las 58 millones de muertes, lo cual significa que 35 millones de personas fallecieron debido a estas enfermedades en 2005 (OMS: 2006)<sup>3</sup>. Por todo ello, las enfermedades crónicas suponen, hoy día (sobre todo aquellas que generan discapacidad y/o dependencia), el nuevo reto para las políticas sanitarias y sociales de los países desarrollados con estado del bienestar (como es el caso de España), e incluso han llegado a estar consideradas como la «nueva» epidemia en expansión de estos países (WHO: 2004)<sup>4</sup>.

2 *World Health Organization* (en adelante, WHO). Aunque las causas de las enfermedades crónicas son complejas, y en su aparición intervienen múltiples factores, se toma la definición de «riesgo» como «probabilidad de un resultado adverso o como factor que incrementa dicha probabilidad» (WHO, 2002: 6). *Reducing risks, promoting healthy life*.

3 Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS.

4 La problemática del aumento de enfermedades crónicas a escala mundial no es, sin embargo, algo exclusivo de los países desarrollados, sino que afecta de forma impor-

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas presentan unas particularidades complejas y heterogéneas, y más allá de considerar una enfermedad crónica como un trastorno orgánico o funcional que persiste durante un largo periodo de tiempo —y que en principio no tiene curación—, cualquier enfermedad crónica implica una alteración significativa en la vida de la persona, ya que le obliga a modificar su modo de vida para adaptarse a la nueva situación, esto es, a las limitaciones que se deriven de su enfermedad. Dicha modificación o adaptación pasa, por lo que a prácticas se refiere, por la alimentación, el ejercicio físico y lo que se denomina hábitos de vida saludables. Este artículo se centrará únicamente en los aspectos relacionados con la dieta alimentaria<sup>5</sup> a partir de la literatura científica relevante sobre el tema, articulada con y a partir de las narrativas de personas con enfermedades crónicas con restricciones dietéticas.

El material etnográfico forma parte de una investigación en curso para la elaboración de la tesis doctoral en antropología (médica) de la autora, desarrollada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cataluña (área urbana). Lo que aquí se presenta procede de las narrativas de adultos jóvenes (30 a 50 años de edad) que padecen algún tipo de patología crónica que ha implicado un cambio en sus hábitos alimentarios. Los datos han sido obtenidos principalmente a través de entrevistas semiestructuradas (cabe contar también con comunicaciones informales). Las citas seleccionadas para este artículo tratarán de ser representativas —a modo de primera aproximación— para la problemática que aquí se plantea, cuya discusión la situamos en el contexto de lo que comúnmente referimos como sociedades occidentales en un presente históricamente medicalizado<sup>6</sup>.

---

tante también a países en vías de desarrollo, aunque este aspecto no lo desarrollaremos en este trabajo.

<sup>5</sup> No se entrará a analizar los aspectos relacionados con la actividad física y lo que se denomina hábitos de vida saludables, aunque puedan aparecer de forma colateral a la problemática aquí planteada.

<sup>6</sup> Aunque este marco contextual y su definición pueda variar dependiendo de diversas circunstancias, se hace necesario especificarlo para distinguirlo de otras realidades socioculturales y otros momentos históricos —que no van a ser tratados en el presente artículo—, en los que las prácticas y creencias sobre los hábitos alimentarios puedan ser distintos.

*Enfermedades crónicas: estrategia mundial y políticas públicas sobre dieta y nutrición*

La Organización Mundial de la Salud, ante el incremento de patologías crónicas y la preocupación por su alto índice de morbilidad y mortalidad, elaboró, a través de un grupo internacional de expertos de la OMS y de la FAO<sup>7</sup>, un Informe Técnico sobre *Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas* (WHO: 2003, que toma como referente publicaciones anteriores: WHO, 1990 y 2002), en el que se detallan los patrones alimentarios a escala regional y global, las prevenciones nutricionales para aquellas enfermedades crónicas que se consideran íntimamente relacionadas con la dieta (*diet-related chronic diseases*, WHO, 2003: 54), es decir, sobre todo: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades bucodentales y osteoporosis. El objetivo de este informe técnico era el de presentar estrategias y recomendaciones para políticas públicas (y promover la investigación en este campo), y además: «The principal goal of public health policy is to give people the best chance to enjoy many years of healthy and active life. Public health action to prevent the adverse consequences of inappropriate dietary patterns and physical inactivity is now urgently needed» (WHO, 2003: 144)<sup>8</sup>.

Más adelante, la misma OMS puso en marcha a escala global lo que en España se recoge bajo el título de *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación* (2006<sup>9</sup>), cuyos objetivos son

<sup>7</sup> *Food and Agriculture Organization* de las Naciones Unidas, en adelante FAO.

<sup>8</sup> Las recomendaciones y/o publicaciones de la OMS en relación a las enfermedades crónicas en la última década son numerosas. Considero que no es necesario nombrarlas todas y extenderme en un listado para mencionarlas; solo detallaré en este artículo a las que hago referencia explícita. Para acceder a dichos documentos se pueden descargar en versión pdf en la web oficial de WHO, donde figura el listado de los documentos a los que hago referencia. *Publications on health care for chronic conditions*: <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic\\_conditions/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html)> (Consultado 10/05/09).

<sup>9</sup> Cabe tener en cuenta que previa a dicha publicación de la OMS (2006) en España se puso en marcha en 2005 la *Estrategia NAOS (Estrategia para la nutrición actividad física y prevención de la obesidad)* de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, con el «objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr

los de dar un marco de referencia, indicadores y ejemplos que deberán ser adaptados a la realidad de cada contexto (país), a la vez que se incluyen actividades de vigilancia y seguimiento. Según el documento, los destinatarios son: «La definición de este marco e indicadores propuestos pretenden ayudar a los ministerios de sanidad, a otros departamentos y organismos gubernamentales, así como a aquellas otras partes interesadas, a realizar un seguimiento de la evolución de sus actividades en el área de la promoción de una alimentación sana y la actividad física» (OMS, 2006: 5). Sin embargo, dicha adaptación de los programas a cada contexto sociocultural concreto suele quedarse más bien en un plano teórico frente a una estandarización de las estrategias internacionales, como consecuencia de «manejar una visión limitada de la cultura y la alimentación» (Gracia, 2009: 5,14).

Si bien para los gestores de las políticas sanitarias la preocupación inicial parte de intentar prevenir o disminuir los altos índices de morbilidad y mortalidad que las enfermedades crónicas conllevan, cabe apuntar también la preocupación por los altos costes asistenciales que dichas enfermedades generan. Estas suponen un importante incremento del gasto público sanitario debido a las necesidades asistenciales prolongadas en el tiempo, estimándose que en los países occidentales son responsables del 75% del gasto sanitario y del 80% del gasto farmacéutico o de las visitas médicas (García y Sarriá, 2005: 16).

Partimos, pues, de unas «recomendaciones» nutricionales internacionales de aplicación nacional, cuya implantación y vigilancia por parte de los profesionales sanitarios puede conllevar, en algunos casos, una imposición dogmática de corte biomédico, que se centra exclusivamente en los aspectos biológicos del individuo y su enfermedad —medicalización de la alimentación—, soslayando los aspectos individuales, culturales y sociales asociados a las prácticas alimentarias.

Medicalización de la alimentación: educación nutricional, normalización y normativización dietética, nutridietización y régimen alimentario

La alimentación (alimentarse) implica un proceso de selección que se hace de forma consciente y voluntaria, condicionado por facto-

---

que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables». Disponible en <<http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/publicaciones/>> (Consultado el 10/05/09).

res de aprendizaje cultural, ecológicos, económicos, etc., mientras que la nutrición (nutrirse) implica un proceso inconsciente e involuntario relacionado con la obtención de energía y los procesos metabólicos de nuestro organismo (Gracia, 2008). El proceso de medicalización de la alimentación —a través de la educación nutricional por parte de los profesionales de la salud mediante prácticas alimentarias normativas (normas dietéticas)— nos ha llevado a considerar el hecho de «comer nutrientes» en lugar de «comer alimentos», es decir, prestar atención a las propiedades nutricionales, a la ingesta de calorías diaria, a los alimentos que son o no saludables, etc. Esto implica que la responsabilidad sobre nuestros hábitos alimentarios sea considerada una cuestión de responsabilidad individual y de responsabilidad moral del cuidado del cuerpo (Gracia, 2007). Por lo que concierne a la alimentación/nutrición, nuestro estado de salud o nuestra enfermedad es cosa nuestra, y su desgaste o empeoramiento por malos hábitos o mala praxis nutricional nos apunta como agente causante o agravante.

Para entender cómo se lleva a la práctica nuestra educación nutricional por parte de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, nutricionistas, etc.), se hace necesario referirse al/los procesos en los que se enmarcan dichas prácticas, entendiéndolos como: *a*) proceso de *normalización* dietética, *b*) proceso de *normativización* dietética y *c*) proceso de *nutridietización*. Entenderemos *normalizar* en cuanto a homogeneizar una dieta «normal» a través de lo que Gracia (2007) define como proceso de normalización dietética, el cual construirá un patrón alimentario de referencia —la conocida dieta equilibrada— basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos. Es decir, se nos educará sobre *qué* comer (consumo), *quién* y *con quién*, *cómo*, *cuándo* y *cuánto* (prácticas), y *para qué* y *por qué* (ideología, utilidad, finalidad) (Contreras y Gracia, 2005; Gracia, 2007). En segundo lugar, hablaremos también de *normativizar* puesto que dicha normalización se realiza mediante la imposición de *normas* dietéticas, que definiremos como «conjunto de prescripciones méconutricionales que describen, en términos cualitativos y cuantitativos, los alimentos, las técnicas culinarias y las comidas (tomas) de una dieta equilibrada y saludable» (Gracia, 2008). Finalmente, hablaremos de proceso de *nutridietización*, entendido como «conjunto de normas, recomendaciones y guías nutricionales cuyo objetivo es la modificación del comportamiento alimentario en

aspectos más allá de los puramente nutricionales, cuya finalidad última es la de conseguir cierta homogeneidad alimentaria en dos ámbitos: el familiar y el sociocultural» (Navas, 2008: 23). Estos procesos no son excluyentes sino coexistentes, y salvando los matices de enfoque, nos hablan de las recomendaciones o prescripciones por parte del experto como instrumento controlador de la conducta alimentaria legítima.

Menell (1992) denominará *proceso de civilización del apetito* a la construcción de dicho patrón alimentario, basándose en la noción de *proceso de civilización* propuesta por el sociólogo alemán Elías (1987), es decir, un proceso que a lo largo de los siglos ha ido modificando las pautas de comportamiento en aras de la civilización, desde factores externos (ecológicos, económicos, simbólicos) hacia factores internos (dietas, higiene) (Gracia, 2007). De hecho, este proceso de medicalización de la alimentación o de los factores internos referidos al individuo —dieta e higiene, pero también podemos añadir ejercicio físico y hábitos de vida saludables— tiene su origen en la medicina hipocrática, entendiendo *el alimento como medicina* (dieta como factor interno), pero a la vez considerando los factores ambientales externos (tratados hipocráticos: *Aires, Aguas y Lugares*). También, las que podríamos llamar primeras políticas públicas sanitarias de los salubristas del siglo XVIII (medicina urbana), que se centraron en la alimentación, la higiene, los aires y las aguas (espacios de ventilación de las viviendas, corredores de aire en las ciudades, etc., en base a las teorías miasmáticas), tanto para el control de enfermedades como la prevención de éstas. Salubridad e insalubridad, la higiene pública supuso el control politicocientífico del medio y de la población como conceptos previos y esenciales de lo que encontraremos en el siglo XIX bajo el nombre de medicina social. Los médicos y las clases dirigentes (políticas) se unieron para establecer unas normas, cuya intervención sanitaria se ha mantenido a lo largo de los siglos hasta la actualidad —el denominado proceso de medicalización— a través de la modificación y control de la vida cotidiana en aras del mantenimiento y control de un cierto orden social. Así, fijar una dieta puede responder a un interés de procurar por la salud, pero también a la modificación y control de la vida cotidiana, lo que nos remite al concepto de *biopoder* acuñado por Foucault (1981) «para poner de manifiesto que el poder no sólo lo ejerce el monarca o el gobierno sino también los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando

desde la modernidad; un poder que es experto y productivo a la vez, puesto que actúa a través de establecer las normas de comportamiento» (Esteban, 2006: 11). Además, el biopoder se asienta en el discurso de la prevención mediante la regulación de los procesos vitales del individuo. En el caso que nos ocupa, el control de los hábitos alimentarios de la población se presenta como necesario para prevenir la aparición de enfermedades crónicas o para procurar que no empeore el estado de salud de aquellas personas con una enfermedad crónica ya existente, e incluso para evitar su muerte, como podría ser, por ejemplo, en casos de diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia.

### *Comportamiento alimentario: ¿modelo médico o cultural?*

Desde la perspectiva del relativismo cultural, las causas de las preferencias (o aversiones) alimentarias pueden explicarse por medio de una razón cultural, de prescripciones religiosas, de finalidades simbólicas o arbitrariedades circunstanciales. La comida se entiende como un lenguaje, como un sistema semiótico (*food patterns*) y de comunicación (Sahlins, 1988), y como protocolo de imágenes y costumbres que manifiestan las estructuras sociales y simbolizan las relaciones sociales (Douglas, 1995). El objetivo está en la búsqueda de las reglas y significados que ordenan el sistema alimentario y su estructura. Se parte de la idea de Lévi-Strauss de *Bueno para pensar, entonces bueno para comer*, en el sentido que los alimentos tienen que ser aceptados por nuestra mente primero para poder ser digeridos por nuestro estómago después (Contreras y Gracia, 2005).

Por otro lado, desde la perspectiva del materialismo cultural<sup>10</sup> las causas de las preferencias (o aversiones) alimentarias pueden explicarse mediante factores de orden material, es decir, factores de tipo económico, ecológico o demográfico, haciendo especial atención al momento histórico concreto en el que centramos nuestro estudio, y al contexto político y social. Siguiendo la frase de Lévi-Straus antes mencionada, esta corriente la continuará diciendo *Bueno para comer, pensar y vender*, entendiendo que los alimentos que se op-

10 Entre ellos Harris y Ross. Esta corriente se enmarca también dentro de los denominados enfoques contextualistas, y se relaciona con el *Developmentalism* que la seguirá (donde encontramos la figura de Mennell antes mencionada).

timizan (preferencias, prioridades) son aquellos cuya relación coste-beneficio es más ventajosa, por lo que el análisis de las tendencias alimentarias se enmarcará dentro de un sistema capitalista productivo y sus relaciones de poder en cuanto a la producción, distribución y consumo (Contreras y Gracia, 2005).

Pongamos el énfasis bien en la superestructura (razón lógica, ideología, simbolismo, razón émic), bien en la infraestructura (aspectos materiales, importancia de la visión étic), ambas nos son útiles para el análisis de las repercusiones de las dietas alimentarias por prescripción médica, puesto que la educación nutricional que recibimos de los profesionales para mantener o mejorar nuestra salud, o para prevenir enfermedades, proviene de una mirada que contempla ambas estructuras y que incide en el individuo en todos esos aspectos. Así, por un lado, las decisiones políticomédicas sobre la dieta equilibrada forman parte de una ideología dominante que, bajo racionalidad biológica<sup>11</sup>, pretende incidir en las razones y lógicas personales para cambiarlas, para homogeneizarlas, para mantener un cierto orden y control social. Aunque también el carácter moral que subyace a las prácticas normativistas por parte de los expertos muestra cómo su lógica no es únicamente biologicista o científico-racional, aunque quizás muchos de ellos no se hayan parado a pensar que su discurso y sus praxis están orientadas por esas razones morales. Por otro lado, si dirigimos la mirada a la infraestructura, cabe tener en cuenta que las decisiones políticomédicas tienen muy presente los factores económicos, la relación coste-beneficio y la sociedad consumista a la que dirigen sus mensajes. No hay que olvidar que detrás de decisiones políticas de esta índole se «esconden» importantes intereses económicos con la industria farmacéutica, con las corporaciones alimentarias, con los profesionales de la estética, etc., que nos »sugieren« estilos de vida disfrazados de salud o enfermedad.

En este tipo de «discurso experto» sobre el comportamiento alimentario, centrado en la salud o en la enfermedad, no se habla de

<sup>11</sup> A finales del siglo xx las recomendaciones alimentarias se inscriben en un contexto dominado por la reflexión sobre el carácter del cambio social, y en el que tanto las administraciones públicas como los ciudadanos confían en las verdades transmitidas por la ciencia como referente de actuación correcta (Gómez, 2007, citado en Díaz, 2007).

gustos, sabores, aversiones, disfrute de la comida. Las elecciones alimentarias —ideales, equilibradas, nutritivas— provienen de una normativa médica. Este *modelo médico* se inscribe dentro de un *modelo cultural (estético)* de cuidar el cuerpo mediante la dieta y el ejercicio físico: la apariencia de estar «jóvenes, sanos y bellos», es decir, un ideal estético, es asimilado por medio de mecanismos de control social tanto cultural como médicamente. La combinación entre el modelo médico y el modelo cultural (estético) daría como resultado lo que denominaré un *modelo médico-cultural*, es decir, el intento de apropiación y modificación del modelo cultural por parte del modelo médico hegemónico por razones de salud, y mediante una educación nutricional basada en factores principalmente biológicos, aunque no exentos de carga moral. La atribución de ciertos valores morales pertenece a este momento histórico concreto y a nuestro contexto sociocultural determinado<sup>12</sup>. Así, «el valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud» (Contreras, 2002: 282). La apariencia estética se asocia a rasgos de personalidad, lo que conlleva evaluaciones positivas (éxito, salud, poder) y negativas (fracaso, insano, desprestigio), correlacionándose patrones de conducta típicos con atributos morales. Estar delgado o seguir un régimen implica esfuerzo, sacrificio, voluntad, disciplina, etc., es decir, toda una serie de atributos que se valoran positivamente tanto por los profesionales médicos como por el conjunto social afín a una normativa medicocultural (Gracia y Comelles, 2007). Cumplir o no con el régimen se califica con atributos morales de autocontrol o autoindulgencia, respectivamente. Pero estética y salud no deberían confundirse, puesto que no es lo mismo someterse a un régimen voluntaria que involuntariamente (por imperativos médicos), es decir, no es lo mismo *ponerse a dieta* (por decisión individual) que *estar a dieta* o *que te pongan a dieta* (por decisión médica) por padecer una enfermedad. Aunque sea como fuere, voluntario o involuntario, toda práctica alimentaria no está exenta de sus repercusiones éticomorales para el individuo. Paradójicamente, algunos individuos no relacionan

12 Por ejemplo, el ideal de la delgadez femenina no era para nada el ideal en nuestra sociedad en épocas anteriores, ni sigue siéndolo para las generaciones mayores de nuestro momento actual, ni tampoco para otras sociedades o culturas distintas a la nuestra donde el ideal que se prefiere es el contrario (gordura).

sus hábitos alimentarios exclusivamente con la salud y la enfermedad, sino que la preocupación puede residir únicamente en el ámbito del modelo cultural, es decir, el tener un cuerpo socialmente aceptable o no (Gracia, 2007). En personas con enfermedades crónicas podemos encontrar ambos aspectos: aquellos cuya preocupación se centra principalmente en el ámbito médico (debido a la patología que padecen), y aquellos que combinan la preocupación en el ámbito médico con el modelo cultural, es decir, que quieren mostrar una imagen social «aceptable» (según un ideal social) a pesar de su enfermedad.

La enfermedad no debería estar reñida con la belleza, ni la belleza con la enfermedad. Una puede estar enferma y tratar de estar guapa a la vez. Y ello no quiere decir que no esté enferma. Se puede ser/estar guapa y estar enferma a la vez. (*Mujer; 37 años*).

*Prácticas alimentarias: dimensiones  
y repercusiones individuales y sociales*

Nos preguntamos ahora: ¿Qué ocurre cuando la elección alimentaria debe someterse a una racionalidad médica? ¿Qué ocurre cuando por padecer una enfermedad a uno le prescriben una dieta y le restringen alimentos? ¿Cómo podemos satisfacer nuestros deseos de apetito cuando nos prohíben aquello que nos apetecería comer? ¿Cómo afecta un régimen dietético impuesto a nuestra salud física y mental? ¿Cómo afecta a nuestras relaciones sociales?

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y CULPABILIZACIÓN

La relación del individuo con la comida está íntimamente engranada con factores psicológicos o psíquicos, es decir, que afectan al plano de lo mental y también de lo emocional. Someterse a dieta manteniendo el autocontrol deseado, haciendo uso de la fuerza de voluntad y la disciplina, cuando el placer por comer puede entrar en conflicto con uno mismo y con sus deseos o apetito, no es tarea fácil, y mucho menos cuando no proviene de una decisión personal por perseguir un ideal estético de moda, sino que viene impuesto normativamente por cuestiones de salud, como en el caso de las enfermedades crónicas. Ahí es donde la autoindulgencia estaría menos permitida o más «castigada» por parte de los profesionales sanitarios o por el propio

individuo, lo que acarrea sentimientos de culpa o un cargo de conciencia, hecho que irremediablemente afecta al individuo emocional y mentalmente.

Quando salgo por ahí siempre tengo que vigilar lo que como y a veces no tengo donde escoger y me tengo que saltar el régimen, y luego me siento mal conmigo misma. (*Mujer, 38 años*).

La responsabilidad individual sobre nuestra praxis alimentaria y sobre nuestro estado de salud o de enfermedad puede conllevar una valoración moral de culpa, es decir, el hecho de culpabilizar al individuo (o auto-culpabilizarse) sobre sus hábitos alimentarios saludables o no, sobre su salud o sobre su imagen física; en definitiva, sobre su adecuación o no a un *ideal médico-cultural* de corte bionutricional. Paradójicamente, el individuo sí tiene su propia responsabilidad en cuanto a su salud se refiere, y por extensión a su estilo y hábitos de vida «saludables» (con alimentación y ejercicio físico incluido). La cuestión está en juzgarlo o no, y en quién lo haga.

#### CONOCIMIENTO NORMATIVO Y PRÁCTICAS

Si bien los individuos son concededores de lo que teóricamente se considera hábitos alimentarios saludables gracias al proceso de normalización dietética recibido (como si se nos formara como nutricionistas), dicho conocimiento normativo asimilado diverge de las prácticas alimentarias que se están dando, por lo que pone en duda la eficacia del actual modelo de intervención nutricional (Gracia, 2007). Y dicho conocimiento no es exclusivo de adultos «entrenados» en nutrición por sus médicos u otros profesionales, sino que también «la nutridietización queda reflejada en el hecho de que el 90% de los niños, con excepción de algunos más pequeños (4-5 años) conocen todas las recomendaciones y normas que deben de seguir, incluso hablan de dieta saludable y equilibrada en estos términos» (Navas, 2008: 25). Por otra parte, ciertas patologías crónicas implican un cambio en el comportamiento alimentario de los individuos más allá de los que comúnmente se consideraría hábitos alimentarios saludables. Por ello, algunas personas con enfermedades crónicas saben que deben cuidar su cuerpo «más que otros», y saben lo que supone seguir una dieta por

imperativos de salud, más allá de «meras» recomendaciones. Aunque dicho conocimiento no les exime de su incumplimiento.

¡Con lo que me gustaban a mi los dulces! [...] Yo ya sé que me tengo que olvidar de los dulces [...] pero [...] a veces como alguno y luego me pincho [insulina] y ya está. Que también tengo derecho a darme algún capricho, ¿no? [...] Pero no se lo digo al médico [...] si se entera me echará una bronca! (*Mujer; 45 años*).

Esta divergencia en cuanto a conocimiento normativo asimilado y prácticas realizadas puede ser entendida, por ejemplo, por factores estructurales —calidad nutricional de algunos productos alimentarios, promoción de un consumo indiscriminado en una sociedad consumista de la abundancia, incompatibilidad de los ideales alimentarios con el ritmo de vida «moderno», particularidades biopsicosociales de los individuos y de sus estilos de vida, etc.—, pero sobre todo porque no se puede ignorar que la comida, los hábitos y conductas alimentarias no son algo exclusivo del campo médico y nutricional. «La comida no es sólo una necesidad biológica, sino que sus funciones sociales y psicológicas son muy significativas» (Contreras, 2002: 281).

#### EL AUTOCONTROL COMO 'NORMA CRÓNICA' O EL FACTOR DEL 'NUNCA MÁS'

«No cabe esperar mucha racionalidad dietética de las elecciones alimentarias de los consumidores [...] puesto que la gente come para satisfacerse a sí misma [...] y no a los nutricionistas» (Contreras, 2002: 285). El problema con las personas con enfermedades crónicas es que no pueden siempre, ni para siempre, satisfacerse a sí mismas. Por ello, el autocontrol —esfuerzo, voluntad, sacrificio y disciplina— adquiere un papel primordial cuando la persona padece alguna enfermedad crónica cuya dieta alimentaria prescrita se hace necesaria o imprescindible para su salud. Por ello, en algunas enfermedades crónicas la autoindulgencia no está permitida (en otras solo un poco), y además, esto puede ser una norma permanente, a modo de *norma crónica*. Ello implica que algunos individuos «nunca más» volverán a poder comer lo que comían, o al menos no del mismo modo (azúcar para los diabéticos, sal para los hipertensos, etc.).

Ya yo nunca más podré comer con sal [...] (silencio) [...] ¡Ajo!... ¡Ajo!  
Ahora le ponemos ajo a todo para darle sabor, porque si no es todo muy  
soso (*Hombre, 45 años*).

Yo no puedo comer gluten [...] ni nada que lleve gluten [...] ni pan,  
ni cruasanes, ni galletas, ni pasta [...] nada de lo que lleve gluten [...] nun-  
ca más (*Mujer, 45 años*).

El factor del «nunca más» resulta recurrente en las narrativas de las personas con enfermedades crónicas, quizás porque el conflicto por el deseo de comer algún alimento «prohibido» lo es, paradójicamente, «para siempre».

#### EL PELIGRO DE 'JUGARSE LA SALUD'

Cada cual sabe lo que debería comer, pero a pesar de todo quizás no lo haga. Entre la normativa y la práctica hay, como hemos visto, una brecha que responde también a un conflicto de saberes: el del profesional y el del lego. La creación de la figura del *experto alimentario* como profesional de formación científico-experimental (médico, nutricionista, enfermera, etc.) y su estatus hegemónico y legitimado, a la par que docente y con carácter moralizador (Navas, 2005), entra en conflicto con las prácticas alimentarias pertenecientes a un entramado sociocultural en el que la transmisión cultural, la socialización alimentaria o el objetivo de alcanzar un ideal estético conducen o definen los patrones de comportamiento alimentario de los individuos. De todos modos, como señala Contreras (2002: 286): «Hacen falta estudios que determinen los efectos [...] de la presión del entorno, de las conductas adoptadas para hacer frente a las situaciones vitales, del apoyo social y de las condiciones ambientales, sobre los estilos de vida y sobre las posibilidades y las imposibilidades de cambiar la conducta. [...] Por qué motivo o motivos la gente, a pesar de que conoce las consecuencias, se comporta de forma peligrosa para la salud [...] para cambiar de dieta es necesario, en muchos casos, cambiar de vida, lo cual no siempre resulta fácil, incluso aunque amenace la enfermedad». Lidar con ello forma parte de la modificación de la conducta o la adaptación a las limitaciones que la enfermedad imponga, pero también a la norma médica impuesta. Transgredir la norma puede suponer «jugarse la salud».

Todo el mundo pone sal en la comida. Y yo tenía la sensación cada vez que transgredía la norma que me la estaba jugando [la salud]. Pero o era eso, transgredir, o era no quedar para salir a comer ni a tomar nada con nadie (*Mujer; 37 años*).

La dieta restrictiva para el control del colesterol<sup>13</sup>, por ejemplo, es una práctica muy extendida en nuestro contexto y más habitual de lo que uno podría pensar. Basta con que uno hable de ello para encontrar ejemplos en muchos conocidos de su entorno social. Además, se percibe la notable preocupación que el tema del colesterol tiene en las creencias y prácticas de los individuos, lo que constata una fuerte influencia de la medicalización de nuestra alimentación apoyada (y reforzada) por la industria y las grandes corporaciones alimentarias, que a través de los medios de comunicación (noticias, *spots* publicitarios, etc.) nos recuerdan a diario la importancia de regular o reducir el colesterol por el riesgo que entraña para nuestra salud, bajo «amenaza» de sufrir una enfermedad cardiovascular. Si bien la hipercolesterolemia puede darse o no de forma crónica en algunas personas, médicamente se la considera un padecimiento de riesgo puesto que puede desarrollar patologías crónicas más severas (ateroesclerosis, cardiopatías). Además, dicho padecimiento puede darse simultáneamente (comorbilidad) junto a otra enfermedad crónica, de las cuales la hipertensión es la más problemática ya que puede aumentar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Es decir, que la vida de uno puede estar en juego.

#### LA (IN)EFICACIA DE ALGUNAS DIETAS

Algunas dietas resultan poco eficaces para algunos individuos a pesar de su cumplimiento, lo que puede poner en duda el paradigma nutricional biomédico y sus prácticas. El ejemplo de la dieta del colesterol es uno de ellos; nos encontramos a personas que, a pesar de realizar el régimen durante largos periodos de tiempo (más allá de los tres o

13 Del que se conoce como *colesterol «malo»*, puesto que en las analíticas generalmente se observan diferentes parámetros: el Colesterol Total, o su división en H.D.L. Colesterol (*colesterol «bueno»*), y el L.D.L. Colesterol (*colesterol «malo»*). Ver artículo medline sobre Colesterol y Dieta: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002472.htm>> (Consultado 10/05/09).

seis meses pautados por protocolo médico), no mejoran sus parámetros de colesterol, sin que haya explicación alguna ni se analicen otras posibles causas. La eficacia de ciertas dietas puede ser puesta en duda, puesto que desde un paradigma biomédico se parte de la «presunción que la dieta afecta de la misma manera a todos los individuos» (Contreras, 2002: 285), algo difícilmente sostenible incluso desde una mirada biologicista (aunque se cometa el error de creer en ello) si se tuvieran en cuenta los condicionantes genéticos, las diferencias metabólicas, etc., entre unos individuos y otros. Este hecho, sin embargo, puede llevar a disminuir la confianza que los individuos han depositado en las *verdades transmitidas por la ciencia*, es decir, en la normativa nutricional por prescripción médica, lo que puede acarrear repercusiones en las relaciones de poder profesional/paciente y en la salud de estos últimos en relación con sus prácticas alimentarias (tanto por la consecución como por la omisión de las directrices médicas). Además, el fracaso a pesar del esfuerzo y la voluntad a la hora de cumplir las exigencias impuestas conlleva también repercusiones emocionales y psicológicas para el individuo que deben ser tenidas en cuenta.

Total, tanto sacrificio, tanto sacrificio [...] si no sirve para nada [...] ¡pues para eso no hago régimen! (*Hombre, 50 años*).

#### COMORBILIDADES, CONTRADICCIONES Y CONTRAINDICACIONES

También algunos regímenes pueden entrar en contradicciones severas entre unos y otros especialistas en casos de comorbilidades en enfermedades crónicas: cada uno impone su régimen según sus criterios aun cuando las normas se contradigan con las necesidades. Esto genera serias dudas sobre su procedimiento dogmático. Por ejemplo, dieta para el colesterol (sin grasas, ni carnes rojas, ni vísceras) con comorbilidad de anemia (con su consiguiente necesidad de carnes rojas y vísceras). La responsabilidad recae en el paciente, sin que éste tenga la formación ni instrumentos adecuados para poder resolver o saber cómo resolver el problema. Además, algunas de esas contradicciones o incompatibilidades entre dietas pueden acarrear iatrogenias<sup>14</sup> no deseadas que empeoren el estado de salud del paciente.

<sup>14</sup> Se toma el concepto de iatrogenia empleado por Illich (1975), para sus tres acepciones: clínica, social y estructural.

Lo que me recomiendan por un lado me lo prohíben por el otro. Y cada día estoy más delgada y más débil. Y lo que es bueno para una cosa es malo para la otra, y ellos [los médicos] no se aclaran. Y uno me dice una cosa y otro otra. Y yo ya no sé qué comer (*Mujer; 35 años*).

Otra repercusión en casos de comorbilidades en enfermedades crónicas es que la imposición de dietas estrictas sitúa al paciente ante una extensa lista de «prohibiciones» que, sumadas, pueden anular no sólo la capacidad decisoria del individuo sobre lo que puede comer, sino que pueden provocar aversión por la comida o pérdida del placer de comer; lo que, además, puede acarrear trastornos del comportamiento alimentario no deseados.

A este paso sí que van a provocarme un trastorno alimentario. Yo ya no sé qué comer y parece todo prohibido. Y no disfruto de la comida ni me apetece ya nada (*Mujer; 35 años*).

#### COMENSALIDAD LIMITADA

Estar a régimen puede conllevar la no adecuación con el ideal social, es decir, no poder compartir la mesa con las personas de su entorno social como uno venía haciendo habitualmente por problemas de restricciones dietéticas.

Si me invitaban a casa de alguien me podía encontrar en que NADA de lo que había en la mesa me estaba permitido: carnes, embutidos, pizzas [...] es decir, los productos que yo tenía prohibidos y que la gente normalmente utiliza en reuniones de amigos (además de la sal) (*Mujer; 38 años*).

«Este modelo medicalizado (de la alimentación) basa sus preceptos en dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud, sin comprender, o cuanto menos afrontar, que la vida cotidiana de la ciudadanía es heterogénea *per se* y está articulada por actividades diversificadas y acontecimientos incompatibles con la rutina requerida por los apremios dietéticos» (Gracia, 2007: 241). Algunas personas no se sienten cómodas con el hecho de tener que «pedir» a sus amigos que les cocinen platos especiales para ellos (sin sal, sin tales ingredientes, etc.) en sus encuentros sociales.

Otras se sienten culpables cuando transgreden las normas y comen lo que «no deberían» por querer estar presentes y en condiciones de igualdad en los encuentros de *comensalidad*. Otras pueden sentirse mal por acudir a encuentros sociales donde hay comida y no poder probar casi nada (o nada) de lo que se ofrece. Y en otros casos, puede darse un sentimiento de frustración cuando son vistos como «tiquismiquis» o «maniáticos» de la comida por verbalizar o hacer visibles sus limitaciones alimentarias cuando la patología que padecen no se entiende, se desconoce o no merece el reconocimiento social que otras patologías sí tienen. Por todo ello, y siendo la comida y los encuentros relacionados con ésta un aspecto (vital) de la vida de los individuos, con sus importantes funciones sociales (y culturales), las repercusiones de hacer régimen también afectan de modo significativo el ámbito social del individuo, traspasando el conflicto individual al ámbito de lo social.

### *Consideraciones finales*

Las dietas normativas restrictivas o estrictas, prescritas o impuestas (según como se mire), tienen implicaciones para el individuo que van más allá de un mero control de la comida. El estudio de las repercusiones de los regímenes alimentarios debe tener en cuenta aspectos que no son estrictamente nutricionales o médicos, sino que afectan a la vida del individuo de forma global y no parcial. Para ello se precisa de un enfoque interdisciplinar y un abordaje cualitativo que, más allá de lo biológico, tenga en cuenta los aspectos individuales (físico, mental-emocional, ético-moral), los aspectos culturales y sociales y los aspectos contextuales (económico, ideológico, político) en los que se realizan dichas prácticas (alimentarias), y donde éstas se aprenden como creencias a partir de una ideología hegemónica.

Homogeneizar la heterogeneidad de la población es una pretensión que va más allá de una educación nutricional o de una dieta alimentaria impuesta, cuyas connotaciones nos remiten al control social y a la imposición de una ideología dominante hegemónica como «la única verdad» o «la única solución» a un problema que es tan variado por su complejidad biológica (diferencia biológica entre individuos) como por su diversidad cultural y social, el estilo de vida, los condicionantes de las actividades de la vida diaria, las limitaciones de la enfer-

medad que se padece, etc. Modificar la conducta humana (empezando por la modificación de los hábitos alimentarios) es una quimera difícil que merece un abordaje más holístico e interdisciplinar; de ahí la necesidad de un seguimiento o replanteamiento de la problemática que presentan las enfermedades crónicas en general y las restricciones dietéticas en particular.

La modificación de la conducta (hábitos) para el cumplimiento de una dieta puede ser difícil de poner en práctica según las circunstancias personales de los individuos, de los que requiere un esfuerzo notable. Pero también las modificaciones y adaptaciones que se derivan de padecer una enfermedad crónica suponen un esfuerzo importante, que va acompañado de sacrificios derivados de las limitaciones que la patología imponga y que suponen un verdadero cambio de vida para muchos de éstos en contra de su voluntad.

En este sentido, considero importante tratar de buscar un equilibrio en lo que el estado de bienestar nos proporciona recuperando la noción de agencia, en cuanto a individuo enfermo formado e informado, poniendo a su alcance instrumentos y recursos que puedan contribuir a una gestión más autónoma por su parte de su proceso de salud/enfermedad/atención, permitiéndole así ser crítico con el sistema que en algunas ocasiones lo culpabiliza —y en otras lo infantiliza—, a la vez que le permita apropiarse de la gestión de su salud y ser su responsable. Reivindicar la autoatención como complemento a la atención que recibimos por parte de los profesionales no supone ni la total aceptación de las directrices hegemónicas ni la negación de estas. El dilema entre la autoatención (individuos y red social) y la gestión (políticas públicas por parte del Estado) para llegar al equilibrio debe superarse escuchando la voz de los afectados y adoptando un enfoque interdisciplinar que repercuta, tanto como sea posible, en beneficio de todos los ciudadanos. Aun sabiendo que esta propuesta puede no ser factible, por la diversidad de situaciones personales que configuran la heterogeneidad de nuestra sociedad, el intento no merece el objetivo a alcanzar. Los ingredientes los tenemos, falta ver cómo los combinamos y cómo los cocinamos para que el resultado nos dé un buen sabor.

*Bibliografía citada*

- CONTRERAS, Jesús (2002) «La obesidad: una perspectiva sociocultural», *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad* 2002; 5(6): 275-86
- CONTRERAS, Jesús y GRACIA, Mabel (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- DOUGLAS, Mary (1995) «Las estructuras de lo culinario». En CONTRERAS, Jesús (Comp.) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. México: Alfaomega Grupo Editor. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- DIAZ, Cecilia (coord.) (2007) *IX Congreso Español de Sociología. Resumen ponencias Grupo de Trabajo 28: Sociología de la Alimentación*. Barcelona.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006) «El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista». *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(1):9-20.
- FOUCAULT, Michel (1981) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- GARCIA, Francisca y SARRIA, Antonio (2005). *Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) — instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
- GRACIA, Mabel (2007) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». *Salud Pública de México*, 49(3): 236-242
- GRACIA, Mabel (2008) Citado de apuntes del *Seminario Alimentación, Nutrición y TCA — Alimentación, Salud y Cultura*, impartido en el Master de Antropología Médica y Salud Internacional. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- GRACIA, Mabel (2009) «La emergencia de las sociedades obesogénicas o la obesidad como problema social». *Revista de Nutrição*, 22 (1): 5-18.
- GRACIA, Mabel y COMELLES Josep M (Eds.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria editorial.
- ELIAS, Norbert. (1987) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE.
- ILLICH, Ivan (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

- MENNELL, Stephen J.; MURCOTT, Anne y VAN OTTERLOO, Anneke H. (1992) *The sociology of food. Eating, diet and culture*. Londres: SAGE Publications.
- NAVAS, Julia (2005) *La construcción social del experto alimentario: una aproximación antropológica al estudio de las crisis alimentarias*. [Tesis doctoral] Universidad Católica de San Antonio de Murcia.
- NAVAS, Julia (2008) «La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural». *Revista española de nutrición comunitaria*, 14 (1): 22-28
- OMS (2006) *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ROSS, Eric B. «Models de dieta i forces de producció», Ross, E.B (ed.) *Més enllà dels mites de la cultura* (traducció mecanoscrita).
- SAHLINS, Marshall (1988) Cap 4: «Preferencia y tabú alimentarios respecto de los animales domésticos en los Estados Unidos». En *Cultura y razón práctica*. Barcelona: Gedisa.
- WHO (1990) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002) *Diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, (documents A55/16 and A55/16 Corr.1).
- WHO (2002) *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, (Technical Report; No 916).
- WHO (2003) *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World health Organization. (WHO Technical Report Series, No. 916).
- WHO (2004) *World Health Report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization.



## GÉNERO, CUERPO Y SUJETOS



## ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA EN LOS PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN

Paula Vilhena Mascarenhas  
*Universidade do Minho*  
*Investigadora externa a la URV*  
*pvmascarenhas@gmail.com*

De manhã, Maria levanta-se. Repara na sua imagem reflectida no espelho. Umhas pequenas saliências esponjosas envolvem as suas ancas. Um pensamento fulgurante atravessa então o seu cérebro: «É hoje que começo a dieta». Sai de casa, directa à farmácia, decidida a comprar um creme adelgaçante e uma embalagem de barras com baixas calorías que substituem uma refeição.

*Resumen: Siguiendo el pensamiento de Miguel Foucault, pretendo demostrar que la alimentación y la dietética tienen un papel central (importante, fundamental) en los procesos de subjetivación en la modernidad. Aunque aparentemente el tema de la sexualidad, vocablo del s. XIX, gane una enorme resonancia, poco a poco emerge otro pensamiento que acentúa el papel estructurante de la alimentación y la dietética en nuestra constitución como sujetos. Extendiendo esta interrogación un poco más, hablando de la erupción ambigua de nuevos discursos dietéticos que se resisten al proceso de racionalización asociado al discurso médico y dietético, constituye el argumento de esta comunicación. De hecho, la actual valorización de las prácticas alimentarias inspiradas en modos de vida alternativos trae a la superficie la corriente subterránea, la tendencia de larga duración que los griegos, en la antigüedad colocaban en primer plano- la importancia de la relación de los seres con su alimentación.*

Palabras clave: *alimentación, dietética, subjetivación.*

*Abstract: In this article we want, following the thinking of Michel Foucault, show that nutrition and diet have a central role in the processes of the modern subjectivation. Although apparently the topic of sexuality, word of the nineteenth century, has a great resonance, gradually emerge another thought that emphasizes the role of nutrition and dietetics structuring in our constitution as subjects. Taking this question a little further, stressing the eruption of new dietary speeches is my main argument. Indeed, the current devaluation of rational and scientific discourse dietary inspired by alternative ways of life brings to the surface the undercurrent, the long-term trend that now the Greeks in ancient times, placed in the foreground - the importance of the relationship of human beings with food.*

*Keywords: food, dietics, subjectivation, Michel Foucault*

### *Introducción*

Abordar la cuestión de la subjetivación de la dietética a partir de las prácticas cotidianas de los actores sociales, en oposición a un supuesto discurso racional dietético, se vuelve relevante porque permite una mejor comprensión de estas prácticas contradictorias y no lineales. De hecho, varios investigadores en el campo de la sociología de la alimentación demostraron que, como María, muchas mujeres buscan una forma rápida y directa de perder peso. Ante esta realidad, el discurso dietético adquiere un tono de normalización con el objetivo de una dieta equilibrada, racional, lejos de ser el régimen de la pérdida rápida de peso interiorizado por María.

En este sentido, los discursos de la dietética no se limitan solamente a una normalización del régimen alimentario, sino que también implican un conjunto de reglas y normas para una dieta equilibrada basada en el estudio de la composición nutricional de los alimentos. El objetivo es manipular la dieta para obtener un perfil específico de nutrientes que reconozca la biodisponibilidad nutricional de la dieta, y que cubra las necesidades nutricionales individuales.

Se realizó, para evaluar la ingesta de alimentos, el cálculo de los requerimientos nutricionales, interpretando los resultados del análi-

sis con el fin de desarrollar una dieta viable y adecuada adaptada al perfil individual de cada uno. Consideramos que este enfoque asume un carácter prescriptivo, ya que no resulta útil cuando se trata de comprender las transformaciones de las prácticas alimentarias en la modernidad y posmodernidad. Y, además, no se puede centrar un trabajo de investigación en una definición ideal fuera de los contextos históricos y sociales.

De hecho, estudiar de forma diacrónica estas cuestiones podrá ser relevante y útil. Varios autores han demostrado que la definición de la dietética y las respectivas selecciones dietéticas se han transformado a largo plazo constituyendo un indicador de las formas y técnicas utilizadas en la relación con los demás y con nuestro cuerpo (Elias, 1989; Foucault, 1976; Vigarello, 2001 y 2004).

La reflexión sobre la alimentación y la dietética es inseparable de la emergencia de nuevas sensibilidades, mentalidades y sociabilidades. De hecho, esta evolución de las sensibilidades se ha visto impulsada en áreas como la higiene, la seguridad y el control de las poblaciones por el estado liberal del siglo XIX, defendida por la clase en ascenso, la burguesía. Las políticas higienistas, basándose en datos estadísticos e indicadores, tenían como objetivos la disciplina, la normalización y la vigilancia de las personas, un proyecto moral que recae en particular en el espacio urbano y en el cuerpo.

En esta perspectiva, veremos cómo se ha ido cambiando progresivamente de una subjetivación que privilegiaba la alimentación y la dietética caracterizadora de la Grecia clásica a un predominio de la sexualidad y la nutrición racional en los discursos de la modernidad. La cuestión de los alimentos todavía tenía una gran importancia en la era cristiana primitiva, que se extiende a lo largo de la Edad Media con la Escuela de Salerno. En el siglo XVII, como señala Foucault, el asunto de la alimentación deja de ser tan importante como antes y «la sexualidad se convierte en el foco de atención» (en Dreyfus y Rabinow, 1992, entrevista).

Siguiendo el pensamiento de Michel Foucault, demostraremos que la alimentación parece tener un papel central, pero un poco ambiguo, en los procesos de subjetivación en la modernidad. Aunque aparentemente el asunto de la sexualidad, vocablo que aparece en el siglo XIX, gana una gran resonancia, poco a poco se perfila otro pensamiento que, de manera subterránea, apunta nuevas formas de sub-

jetivación en las prácticas alimentarias, recordando la herencia griega de interiorización.

Por consiguiente, la importancia de la alimentación y de la dietética tiende a disminuir en el pasaje de las sociedades premodernas hasta las sociedades actuales, dejando de ser el centro de los discursos sobre el yo y sustituidas en parte por el asunto de la sexualidad. Por otra parte, desde el siglo XIX, ambos temas se remitirán al mundo aséptico y externo al mundo social, dominado por el discurso médico y científico.

Esta resonancia en torno a la sexualidad se presenta, desde esta perspectiva, como un fenómeno extraño y sujeto a interrogaciones. ¿Por qué el sexo y no la alimentación? Como dice Foucault en *Historia de la sexualidad I*, «es lamentable que ya no seamos capaces de preguntarnos sobre lo que nos convirtió en tan vanidosos. Deberíamos ser capaces de averiguar por qué nos atribuimos el mérito de haber sido los pioneros en privilegiar la sexualidad frente a la moral milenar. [...] Y ahí donde hoy vemos la historia de una censura que ha sido retirada, deberíamos destacar la existencia de un largo proceso que lentamente a lo largo de los siglos ha creado un dispositivo complejo que nos lleva a hablar de sexo, que nos lleva a centrar ahí nuestra atención y nuestro cuidado» (en Dreyfus y Rabinow, 1992, 98).

A pesar de que Foucault centra su análisis en torno a un dispositivo complejo de normalización de un discurso científico sobre la sexualidad, podemos interrogarnos sobre los caminos de implementación de un lento y complejo dispositivo de racionalización y normalización de la alimentación, que nos lleva a hablar de la alimentación y a centrar ahí nuestro cuidado.

De hecho, la valoración actual de los discursos dietéticos, inspirada en formas alternativas de vida, trae a la superficie la corriente subterránea, la tendencia que durante mucho tiempo los griegos de la Antigüedad han situado en primer plano —la importancia de la relación de los seres humanos con su alimentación, la dieta, es decir, el régimen general de la vida (comidas, bebidas, ejercicio, aseo, horas de sueño, correcta defecación, autocontrol emocional y disposición adecuada) como medida de higiene o terapéutica—.

En los siglos XVII y XVIII, que coinciden con el desarrollo del estado del bienestar y con el crecimiento del capitalismo, vemos en la vida privada una aceleración de la normalización y racionalización de las

prácticas sexuales y alimentarias que Norbert Elias (1989) interpreta como cambios de la civilización. Al examinar los fenómenos históricos de la intimidad y la gestión de las funciones corporales tales como el acto de escupir, sonarse, soplar, defecar, apareamiento o el comportamiento en la mesa, Elias nos muestra la interacción entre el cambio de comportamiento y el contexto histórico y social, demostrando el cambio del proceso de civilización, de la sofisticación cultural y la importancia de la estética. Comportamientos «grotescos» se ven con desagrado y se alteran paulatinamente hacia un sentido de lo «civilizado». La represión y la prohibición se manifiestan en la alimentación a través de, por ejemplo, un conjunto de normas y reglas precisas de estar en la mesa. A finales del siglo XIX surge la sencillez de las comidas diarias y el poder coercitivo se ejerce sobre la alimentación a través de un discurso dietético con convicciones filosóficas y médicas. El próximo siglo se caracterizará por la aplicación de este régimen alimentario influenciado y justificado por el creciente poder y conocimiento de los expertos en las ciencias de la nutrición.

### *El proceso de subjectivación*

El trabajo pionero de Michel Foucault (1969, 1976) sobre las relaciones entre poder y saber nos permite entender las configuraciones entre el saber y el poder, así como sus relaciones con el proceso de la subjectivación. El saber —una visión particular del sentido común sobre el mundo, que prevalece en una cultura en un determinado momento— está estrechamente asociado al poder. Cada versión del evento engloba el potencial de una práctica social y la marginación de formas alternativas de funcionamiento. En este sentido, el poder actuar de cierta manera, reclamar recursos, controlar o ser controlado depende de «saberes» prevalecientes en la sociedad. Michel Foucault (1976) considera el poder como un efecto del discurso. Teniendo en cuenta que siempre hay discursos en torno al evento, y que cada uno ofrece una visión alternativa y trae consigo diferentes posibilidades de comportamiento, el discurso dominante o predominante está constantemente sujeto a la contestación y a la resistencia. Según el autor, el poder y la resistencia son dos caras de una misma moneda. Rechazando la idea del poder únicamente asociado a la fuerza represiva, Foucault ve el poder en su forma productiva, es decir, «cuando se

produce» en lugar de reprimir (Martins y Neves, 2000). El autor considera que en los últimos siglos se ha visto el surgimiento de una serie de prácticas culturales e institucionales que tienen como producto «el individuo» que tenemos hoy, los procesos de subjetivación del ser moderno (Mascarenhas, 1983).

Los cambios en la naturaleza de la sociedad han dado lugar a prácticas sociales que permitieron la aparición de ciertos discursos. Estos discursos «produjeron» el individuo de la sociedad occidental contemporánea: una persona que siente que tiene necesidades, motivaciones, rasgos y características, y cuya libre elección es supervisada por la conciencia. Esos saberes y biopoderes son muy poderosos, ya que controlan con eficacia (porque no recurren a la fuerza) la sociedad y sus miembros a través de lo que Foucault llama «poder disciplinario» (1976). Se instituye, así, la práctica de la vigilancia. Esta práctica ha sido interiorizada por todos los vigilados, provocando la automonitoreización y el autocontrol, de acuerdo con los cánones de la normalidad. El poder conceptualizado de esta manera no es una propiedad de una persona o grupo, es algo que cualquier persona puede ejercer a través del discurso. Esta posición es completamente diferente de la que asume el poder, como la acción represiva de los grupos sociales en términos dicotómicos.

Si es así, tenemos el proceso de objetivación de la profecía de una dieta saludable racionalizada que aparece en los discursos de los expertos, se normaliza y se regula a través de un conjunto de prácticas, normas y reglas nutricionales, diferentes a la concepción clásica griega de la dietética. Aunque todavía nos interesa también entender y relacionar el proceso de objetivación y sus interacciones en los modos de subjetivación.

Según Michel Foucault, tanto la alimentación como la sexualidad se asientan en un discurso de poder, de represión, de revolución y de placer. Esto es, porque se afirma esta represión en torno a la alimentación que aún puede hacer coexistir discretamente la aproximación a una revolución de un cuerpo perfecto, más joven, más bonito o a la revolución del placer (Foucault, 1976).

Los modos de la subjetivación, según Foucault, están esencialmente constituidos por una red de relaciones de poder/saber que conducen al sujeto a producir su propia verdad, transformándolo en un objeto de conocimiento de sí mismo (objetivación/subjetivación). En

la producción de su propia verdad, el sujeto moderno es colonizado por un dispositivo de normalización de su identidad y sus prácticas, un proceso heredado a largo plazo que emerge en el siglo xvii (Elias, 1989; Foucault, 1976), metamorfoseándose a finales del siglo xix con movimientos de aceleración en una dirección determinada. En este sentido, la subjetivación actual marcada por la racionalización, por la relación consigo mismo, siempre en movimiento, «metamorfoseándose, cambiando el modo», se aleja de la forma griega de subjetivación. Por lo tanto, «recuperado por las relaciones de poder, por las relaciones de saber, la relación en sí misma está en constante renacer, en otros lugares y de otras maneras» (Deleuze, 1998: 140).

Por ejemplo, en *La Naissance de la clinique* Michel Foucault muestra cómo la clínica trabaja con una proyección en la superficie del cuerpo, y cómo tal patología va más allá, introduciéndose en los pliegues más profundos, siendo incapaz de resucitar la vieja interioridad, constituyéndose en un nuevo de-dentro de ese de-fuera (1963: 132-133, 164 y 188). Las investigaciones de Foucault nos permiten entender hasta qué punto estos dispositivos de biopoder son progresivamente revestidos de detalles en la vida diaria íntima y cotidiana, en particular en el gobierno y la regulación de la experiencia corporal y de uno mismo.

A continuación presentamos una breve descripción del proceso de objetivación/institucionalización de la dietética y de las ciencias de la nutrición relacionado con la creación de los biopoderes que afectan a los procesos de la subjetivación.

### *El proceso de institucionalización de la Dietética*

A pesar de que la intervención del discurso médico sobre las conductas alimentarias esté presente desde los albores de las civilizaciones, las matrices de la Dietética (del griego *dieta*) se vislumbran desde los tratados de Hipócrates sobre los regímenes (del latín *regimen*) o el gobierno del cuerpo de Galeno. A continuación, la Escuela de Salerno fue una de las instituciones académicas que con mayor ahínco divulgó la «Teoría de los Humores»; duró hasta finales del siglo xvi, coexistiendo aún y metamorfoseándose en el siglo xvii.

El dispositivo de los regímenes medievales para mantener el cuerpo saludable según George Vigarello (1993), de inspiración antigua,

enlaza fuerzas cósmicas, las estaciones y los alimentos. Más adelante, a principios del siglo xvii, se multiplicaron los tratados de medicina, higiene y dietética, los *Regimen Sanitatis*. Sin embargo, según Pynson (1987) es todavía a finales del siglo xv cuando el régimen comienza a establecerse como norma y conducta de higiene, de alimentación y estilo de vida. En el mismo sentido, Jacques Gleyse (1997) sitúa la aparición de un movimiento de la racionalización instrumental del cuerpo desde el siglo xvi.

Como hemos señalado, entre los siglos xvii y xviii se desarrollan las bases del estado del bienestar y el capitalismo, una de cuyas características fue la concentración de población en las zonas urbanas. Estos cambios han desarrollado prácticas sociales que permiten la aparición de saberes y poderes más represivos en relación con la alimentación. Las normas y reglas de conducta (alimentarias, higiene de los alimentos y de las formas de comportarse en la mesa) asumen un carácter represivo y prohibitivo al extender su campo de acción a los pobres; tienen como fundador, en Francia, a Jean-Baptiste de La Salle (Elias, 1989; Mascarenhas, 1983).

Aunque en la terapéutica de la época barroca se observa la persistencia del galenismo, una nueva corriente surge en manos de Jan Baptista van Helmont (1579-1644), un seguidor de Paracelso, que rompe con la Teoría de los Humores, defendiendo que cada enfermedad tiene su agente específico. Tomando como ejemplo el asma, este iatroquímico (escuela que argumenta sobre los procesos químicos de los alimentos) demostrará la hipersensibilidad del organismo a los productos químicos, a los alimentos, a los cambios climáticos y a los esfuerzos físicos.

La importancia dada al régimen alimentario y a la idea de equilibrio, hasta aquel momento, tiende a desaparecer con el desarrollo del higienismo desde finales del siglo xvii. La Teoría de los Humores se sustituye por la Teoría de los Fluidos. Así, «el cuerpo menos influenciado por la interacción cósmica, gana autonomía y se convierte en 'objeto de manipulación, orientación y de intervenciones voluntarias'» (Vigarrello, 1993: 11). Por otro lado, las reformas higienistas en las ciudades, impulsadas por los médicos, ingenieros y funcionarios municipales, un grupo social con poder de procesamiento en los modos de consumo, son el primer paso en la racionalización de la alimentación. La intervención del discurso médico sobre los hábitos alimentarios asume

un carácter moralizante. Dos discursos se cruzan: el discurso médico sobre la higiene y el discurso de la clase burguesa sobre la limpieza. Mientras que la limpieza anuncia una nueva relación con el cuerpo, que remite a una disciplina y al control de sí mismo, el higienismo lleva a cabo su proyecto moral en el espacio urbano y en los cuerpos (Matthey y Walther, 2005). Entre los higienistas franceses destaca René Villerme (1782-1863), con su estudio sobre la alimentación de los pobres y los trabajadores. El higienismo es un biopoder, como demuestra Michel Foucault (1976), un conjunto de prácticas históricas que producen los artefactos humanos que el estructuralismo sistematiza y los sujetos humanos en los cuales la hermenéutica realiza su exégesis. Un poder de gestión de la vida que circula entre las personas a través de los procedimientos de normalización intersubjetivos, los «micro-poderes» (Foucault, 1975).

En esta encrucijada del gobierno del cuerpo de los demás y de sí mismo, los descubrimientos microbiológicos y bacteriológicos de la segunda mitad del siglo XIX anuncian la ciencia moderna (Latour, 1984). De hecho, la instrumentalización del conocimiento higiénico y microbiológico también pone de manifiesto la impotencia sanitaria ante la multiplicación de los microbios y bacterias. Concomitantemente, crea una multiplicidad de saberes intermediarios entre los científicos y otros, lo que refuerza la imagen de la institución del saber y del estatuto del higienista (Vigarello, 1993).

En el contexto histórico de las corrientes higienistas, microbiológicas y bacteriológicas aparece la Dietética como una disciplina enseñada, que más tarde se convierte en una institución educativa. La profesión de los dietéticos se institucionaliza en Portugal a finales del siglo XIX, uno de los países europeos en poner en marcha los primeros cursos.

La existencia de una producción de conocimiento científico sobre la situación alimentaria y nutricional portuguesa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX conduce a un proceso de institución de la educación nutricional con la aparición de un documento de Dietistas de los Hospitales Civiles de Lisboa en 1938 —Decreto N° 28.794, de 10 de octubre—. Sin embargo, solo en 1955 se oficializará el primer curso de dietistas a través de la *Portaria* (Ordenanza) N° 15.231, publicada en el *Diário do Governo* (Boletín Oficial) de 26 de enero de ese año.

A partir del siglo XIX se intensifican los avances científicos y tecnológicos que desencadenan cambios en la sociedad y en el sistema alimentario. La industrialización y tecnificación alimentarias traen aparejadas nuevas relaciones con los alimentos y el cuerpo. El cuerpo humano se asemeja a una máquina «y su rentabilidad se llevará a cabo por el ‘alimento energético’» (Pynson, 1987: 123).

En el mundo, el creciente número de estudios sobre la dieta y la nutrición de los más pobres se remontan a la I Guerra Mundial (1914-1918), impulsado por factores económicos y militares. El alimento se convierte en un capital, cuya renta depende de su mejor trabajo. Los intelectuales eligen el hambre y la desnutrición como un objeto de estudio científico. Sin embargo, en Portugal las investigaciones sistemáticas sobre la nutrición se encuentran desde los años cuarenta del siglo pasado.

Bajo un punto de vista social, la alimentación se impone por la necesidad de normalizar el suministro mínimo vital de alimentos y para el uso racional de la energía productiva de la clase desheredada de los trabajadores. Por eso, era necesario establecer un uso verdaderamente científico de nuestros productos alimenticios naturales. Surgen intentos de establecer la composición exacta de una dieta que permita colocar el organismo en un estado de equilibrio. En este sentido, es necesario calcular el coste de los organismos vivos y la energía potencial de los alimentos con métodos especiales. Estos costes despendidos por el organismo se calculan sobre el metabolismo basal y el metabolismo de trabajo, teniendo en cuenta también el metabolismo de la digestión y las variaciones según la edad, sexo, constitución corporal, el estado de la alimentación y el clima. De esta forma, estamos siendo testigos de la creación de calorías y proteínas necesarias de acuerdo con las variables mencionadas anteriormente. Esta fijación de las proteínas se diseña en función del peso teórico de cada individuo teniendo en cuenta las siguientes variables: sexo, edad y altura. A continuación, se clasifican los alimentos según su composición química y las diferentes funciones que ejercen en el organismo, lo que produjo intensos debates científicos en las reuniones internacionales promovidas por la FAO y la OMS, entre otras organizaciones.

Así, la producción del concepto de racionalidad se basa en la definición de la normatividad de alimentos de las cuatro convenciones particulares del lenguaje científico: cantidad, calidad, armonía y ade-

cuación. Estas convenciones constituyen la dietética clínica teórico-instrumental (enraizada en la fisiología) por la cual será descifrado el fenómeno patológico —el hambre y la malnutrición—, instituyendo así el establecimiento de la verdad científica «incuestionable» que tanto los pobres y los ricos no tienen un adecuado régimen. En este sentido, desde los años cuarenta del siglo xx toma forma en Portugal la idea de que es necesario abordar la alimentación colectiva a través de encuestas alimentarias sucesivas (1942-1988) como una forma de expresión y de herramientas de investigación. Incentivados por la presencia de la desnutrición, estos estudios son realizados por médicos y agrónomos e impulsados en los años cuarenta del pasado siglo por la reciente ciencia de los alimentos y nutrición, y concluyen que una parte de la población sufre situaciones de escasez o deficiencia nutricional. Desde 1950, esos trabajos científicos se enmarcan institucionalmente, ya sea por el Instituto Nacional de Estadística o por el de la Salud Pública, lo que nos lleva a considerar la aparición de una conciencia global de las cuestiones alimentarias (Valagão, 1990).

El proceso de medicalización del cuerpo y de la alimentación se volvió más intenso a partir de los años cincuenta del siglo pasado. La racionalización y normalización del cuerpo con argumentos científicos y medidas estadísticas —el biopoder— inicialmente vinculados a la dieta y la salud dieron paso a la domesticación del cuerpo a través del ejercicio físico y, más tarde, con el desarrollo del biopoder de la tecnociencia y la bioinformática, a amoldar y reconstruir el cuerpo utilizando la tecnología de culturismo (*Body Building*) y la cirugía estética.

El proceso histórico de la experiencia colectiva construye diferentes configuraciones de la experiencia subjetiva o individual, pasando por diferentes niveles de simbolización alimentaria y dietética, así como por diferentes configuraciones de la identidad, valores y normas debido a una cobertura de los medios de comunicación en curso; los continuos procesos de normalización y medicalización de la alimentación y del cuerpo desencadenan diferentes formas de subjetivación en los sujetos en su propia alimentación y, al mismo tiempo, favorece que diseñen su propia norma.

Coincidiendo con el proceso de objetivación/institucionalización de la Dietética y, más tarde, con las ciencias de la nutrición; acompañado del proceso de racionalización y normalización del dominio del

cuerpo por los expertos, surge a partir del siglo XVIII la invención del pensamiento estético, una nueva forma de mirar al cuerpo más explicativa y técnica (Vigarello, 2001 y 2005).

A principios del siglo XIX, la ciencia y las técnicas renuevan, según el autor, los detalles anatómicos a pesar del distanciamiento en relación a las prácticas. Se constituye así un conocimiento discreto sobre el cuerpo y el imaginario de una premisa del gimnasio a través de un laborioso dispositivo que permite alcanzar las formas deseadas. Teniendo como fondo la igualdad de género, aún reclamada para el reparto de actividades entre hombres y mujeres, surge el deseo de actuar en la estética. Esta nueva presencia del cuerpo se cruza con otra a partir de la segunda mitad del siglo XIX: la «normalización» del desnudo en el arte. El proceso de modelación estética del cuerpo delgado, un cuerpo expuesto y cuantificado, también recomendado por los médicos y científicos, y ampliamente difundido por las revistas de moda y la creciente industria de la publicidad en la prensa, no solo transforma los modelos sino también las prácticas, en particular las de embellecimiento y las de adelgazamiento. La estética de la delgadez se impone con el advenimiento de la era *vilegiatura* y en particular moldea a las clases altas para que, un siglo más tarde, se extienda, a pesar de su ambivalencia y contradicciones, a todas las clases. Primero como un ideal, el cuerpo se convierte en un proyecto global, «que se presenta en una promesa servida por la técnica y la instrumentación: la de una acción sobre sí misma» (Vigarello, 2005: 199).

En esta modelización de belleza y delgadez, asociada a un mercado dinámico, emerge la estética corporal del «sex appeal» a partir de los años treinta del siglo pasado. Umberto Eco considera que el siglo XX «ha sido testigo de una lucha dramática entre la Belleza de la provocación y la Belleza del consumo» (2009: 415). Las estrellas de la posguerra, en los años cincuenta, flexionando el modelo de los años treinta, introducen la libertad, el deseo y el hedonismo, una nueva visión más natural, directa y sensual. Así, el ideal del cuerpo delgado se convierte en un deber y, al mismo tiempo, el sujeto, y solo él, es responsable de su cuerpo, de sus formas de ser y de actuar, de sus apariencias. A partir de los años sesenta del siglo pasado se refuerza la concepción de la peligrosidad de un cuerpo gordo en los discursos médico-científicos, reproducidos y divulgados por los medios de comunicación, para más tarde emerger, en primer lugar, la responsabili-

dad del individuo por su alimentación, por su salud y por su estética como un principio de obligatoriedad, y luego de culpabilidad. El ser gordo se ha convertido en médica, cultural y socialmente irresponsable y reprochable. Parafraseando a Gracia y Comelles (2007), «ante la supuesta epidemia de personas gordas, de ‘focas’ o ‘vacas’ —¡epítetos siempre femeninos!— declaran la guerra a los y a las obesas cuyo Índice de Masa Corporal sobrepase la normalidad, con la muerte, la hipertensión, la diabetes o el infarto» (2007: 25).

En nuestra opinión, los dispositivos para una dieta sana y la estética de la delgadez funcionan con técnicas polimórficas y coyunturales del poder, técnicas que suponen una extensión permanente de las formas y campos de control que facilitan una nueva penetración de poder sobre los cuerpos y una nueva forma de regulación de las poblaciones. Al mismo tiempo, el proceso de subjetivación implica una interiorización de estos saberes y de los dispositivos que llevan al sujeto a producir su propia verdad convirtiéndola en un objeto de conocimiento de sí mismo, provocando una automonitorización, una autorregulación en función de estos cánones de normalidad.

Los procesos de normalización del dispositivo estético y de la emergencia de una ecosofía y ecología alimentarias son objeto de posteriores publicaciones.

### *Conclusión*

Volviendo a nuestro primer ejemplo, nuestro personaje María proyecta los efectos de estos discursos normativos sobre la alimentación, la nutrición-dietética y la valorización de la estética delgada en el individuo. Sin embargo, María elige la vía más directa y disponible, incrementada por la industria farmacéutica y su relación con los biopoderes tecnocientíficos, económicos y comerciales de pérdida de peso rápida sin consejo médico. Aunque María tenga la información, a veces contradictoria, acerca de las buenas prácticas dietéticas y nutricionales, una «cacofonía», tal como sugirió Fischler (1979 y 1990), desea obtener resultados rápidos porque el verano se acerca y, con él, viene la playa y las salidas por la noche. Prioriza la dimensión estética.

Lo cierto es que otros muchos actores sociales tienden a estas prácticas, que a menudo pueden contener aspectos irracionales, pero que producen, a menudo sin saberlo, otra subjetivación que no está

de acuerdo con los discursos de racionalización. También pueden tender a la creación de formas alimentares alternativas —aunque minoritarias—, por ejemplo más vegetarianas y ecológicas, inspiradas en culturas orientales, como parte de un proyecto de vida diferente y cuyas motivaciones son de naturaleza diversa: éticas, morales, filosóficas, religiosas, ecológicas, estéticas o saludables (Ossipow, 1997; Gimeno, 2002; Mascarenhas, 2007).

De hecho, nuestras investigaciones demuestran que el modelo defendido por los expertos en nutrición hasta los años sesenta, basado en el discurso de «mantener el cuerpo bien nutrido», parece haber desaparecido para emerger otro modelo en la búsqueda del equilibrio, la diversidad y la armonía alimentarias. Los alimentos esenciales para la salud ricos en almidón y la carne tan apreciada en las décadas anteriores, «un discurso médico» de valorización de proteínas e hidratos de carbono, retrocede a favor de la simplicidad de las comidas diarias, una apreciación de los alimentos frescos (legumbres, verduras y frutas) y productos lácteos (Mascarenhas, 2007).

Aun estando de acuerdo con los resultados de la investigación empírica, las expectativas de una dieta saludable no se limitan al equilibrio. El placer y las sociabilidades surgen en el discurso de nuestros entrevistados como expectativas relevantes para un bienestar general, físico, psicológico y social, que son compartidas por la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la encrucijada de la alimentación saludable surge, además, un modelo de alimentación equilibrada, armoniosa y hedonista, y también conectado a una ecología como proyecto de vida, con nuevos lugares y nuevas formas de sociabilidad (Mascarenhas, 2012).

Emerge así una ambivalencia entre la mayor libertad de elección de alimentos y el resurgimiento de numerosas prescripciones sociales, e incluso la aparición de nuevas prohibiciones y tabúes al paio de un discurso de racionalización de lo saludable, la esbeltez y de lo ecológicamente correcto.

Estos dispositivos funcionan con las técnicas polimorfas y coyunturales de poder, técnicas que suponen una extensión permanente de las formas y los campos de control y que facilitan una nueva penetración del poder sobre los cuerpos y una nueva forma de regulación de las poblaciones. Al mismo tiempo, y paradójicamente, se estimula la aparición de ciertos placeres de la boca, presentes en la gastronomía.

Así, surge una valorización del cuerpo entendida también como objetivo de los nuevos saberes y de las relaciones específicas de poder.

De este modo, los diferentes agentes involucrados en la formación del concepto de una alimentación saludable y medicalizada construido con una base científica dan lugar a nuevos patrones de lo que debe ser el cuerpo humano, es decir, eternamente joven, hermoso en su esbeltez, musculoso, energético y saludable. Estos saberes y biopoderes son muy poderosos, ya que controlan (sin recurso a la fuerza) la sociedad y sus miembros. Esta práctica de vigilancia interiorizada por los individuos lleva a una automonitorización, un autocontrol y una autorregulación en función de estos cánones de normalidad. Así, el poder conceptualizado se ejerce a través de dos discursos sobre lo que es saludable: la esbeltez y la sostenibilidad (alimentación sostenible) que defienden los ecologistas

Son estos biopoderes de los expertos los que promovieron la idea de que la alimentación de las poblaciones estaba desequilibrada debido a la desnutrición de los más pobres y la sobrealimentación de los más ricos. Por otra parte, desencadenaron las alertas acerca de la obesidad, convirtiéndola en un problema social de carácter epidémico en el siglo XXI. Como formas de combatir la propagación de este mal en las sociedades contemporáneas, los expertos introducen e impulsan la normalidad nutricional en los actos y acciones humanos, estableciendo patrones alimentarios diarios, prescribiendo dietas y regímenes de adelgazamiento estandarizados de normalización del cuerpo, de control y moralización del sujeto e incluso de mantenimiento de un orden social determinado.

La subjetivación, la relación con uno mismo, siempre en proceso de cambio, metamorfoseándose, se aleja de la cultura alimentaria anterior y pasa a basarse en la racionalización alimentaria, creando, aun de forma incipiente y contradictoria, nuevas formas de relación con la alimentación y el cuerpo, y resucitando otra interioridad del sujeto humano (Foucault, 1963). Por lo tanto, según Claude Fischler (1979), los individuos de libre elección construyen saberes y haceres que pueden desencadenar efectos contradictorios, pero que merecen un estudio atento y centrado en sus manifestaciones cotidianas.

*Bibliografía*

- CÉARD, Jean (1982) «La diététique dans la médecine de la Renaissance», en Jean-Claude MARGOLIN et Robert SAUZET (COORD.), *Pratiques et Discours alimentaires à la Renaissance*, Actes du colloque de Tours de mars de 1979. Paris: G-P Maisonneuve et Larose.
- CRUZ, Juan (1997a) *Dietética medieval*. Huesca: La Val de Onsera.
- CRUZ, Juan (1997b) *La cocina mediterránea en el inicio del Renacimiento*. Huesca: La Val de Onsera.
- DELEUZE, Gil (1998) *Foucault*. Lisboa: Veja.
- DREYFUS, Hubert y RABINOW, Paul (1992) *Michel Foucault. Un parcours philosophique au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*. Paris: Gallimard.
- ECO, Umberto (2009 [2004]) *História da Beleza*. Lisboa: Diefel.
- ELIAS, Norbert (1989 [1939]) *O Processo Civilizacional*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- FISCHLER, Claude (1979) «Gastro-nomie et gastro-anomie: sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne». *Communications*, 31: 189-210.
- FISCHLER, Claude (1990) *L' (H) Omnivore*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- FOUCAULT, Michel (1984 a) *L'Usage des plaisirs: histoire de la sexualité 2*. Paris: Gallimard, «Bibl. des Histoires».
- FOUCAULT, Michel (1984b) *Le Souci de soi: histoire de sexualité 3*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1975) *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1976) *Histoire de la sexualité, 1, La Volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1969) *L'Archéologie du Savoir*. Paris: Gallimard, Bibl. Sciences Humaines.
- FOUCAULT, Michel (1963) *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: P.U.F., Galien.
- GIMENO, Carme (2002) «El vegetarianismo ¿Dieta prudente o estilo de vida?», en Mabel GRACIA ARNAIZ (COORD.) *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
- GLEYSE, Jacques (1997) *L'instrumentalisation du corps. Une archéologie de la rationalisation instrumentale du corps de l'Age classique à l'époque hypermoderne*. Paris: L' Harmattan.

- GRACIA, Mabel, COMELLES, Josep *et alii* (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- LATOUR, Bruno (1984) *Les Microbes, guerre et paix*. Paris: A. M. Métaillé.
- MASCARENHAS, Maria Paula (2007) *A cultura alimentar nos grupos domésticos: Cascais 1960-2005*. Tese de doutoramento: UM, edição em Cd-Rom.
- MASCARENHAS, Maria Paula (2012) «Sociabilidades em volta da mesa». En *Atas do VII Congresso Português de Sociologia*. Lisboa: APS. Disponible en: <[http://www.aps.pt/vii\\_congresso/?area=016&lg=pt](http://www.aps.pt/vii_congresso/?area=016&lg=pt)> (consultado el 3 de octubre 2012, PAP 1563, pp. 1-21).
- MASCARENHAS, Maria Paula (1983) *Les Discours Pédagogiques de Jean Baptiste De La Salle*. Paris: Sorbonne, policopiado.
- MARTINS, Moisés y NEVES, J. P. (2000) As lágrimas amargas da participação como pensar o «poder» a partir de Michel Foucault». *Revista Sociedade e Cultura 2, Cadernos do Noroeste*, Série Sociologia, 13 (2): 51-65.
- OSSIPOW, Laurence (1997) *La cuisine du corps et de l'âme. Approche ethnologique du végétarisme, du crudivorisme et de la macrobiotique en Suisse*. Paris: Editions de la maison des sciences de l'homme.
- PYNSON, Pascale (1987) *La France à table, 1960-1986*. Paris: Éditions la Découverte.
- VALAGÃO, Maria Manuel (1990) *Práticas Alimentares numa Sociedade em Mudança. Estudo de caso numa freguesia do Alto-Douro*. Lisboa: UNL, tese de doutoramento, policopiada.
- VIGARELLO, George (2005) *História da Beleza. O corpo e a arte de embelezar da renascença até aos nossos dias*. Lisboa: Teorema.
- VIGARELLO, George (2001 [1978]) *Le corps redressé*. Paris: Armand Colin.
- VIGARELLO, George (1993) «Modèles anciens et modernes d'entretien de la santé». *Communications* 56 (9-23).
- WATTHEY, L. y WALTHER, O. (2005) «Un Nouvel hygiénisme? Le bruit, l'odeur et l'émergence d'une middle class», e <<http://www.articulo.ch/article/hygiénisme.pdf>>. *Revue de Sciences Humaines*, 1 (consultado el 13 de mayo de 2008).



COMER, ALIMENTARSE, ENGORDAR.  
USOS Y REPRESENTACIONES EN EL EMBARAZO

M<sup>a</sup> Jesús Montes,  
*Universitat Rovira i Virgili*

Ana Castells  
*Institut Català de la Salut*

*Resumen: En este artículo se analizan las representaciones de los discursos alimentarios y los usos que de ellos se hace durante el embarazo tanto desde las mujeres gestantes como de las profesionales. El objetivo es poner de manifiesto las múltiples funciones que cumple, entre ellas, la regulación del comportamiento de las mujeres y el mantenimiento de determinados valores sociales. Contamos con la colaboración de dos grupos de informantes: mujeres gestantes y matronas. A través de la entrevista en profundidad y la observación, recogemos para el análisis sus teorías, prácticas y experiencias. Como conclusión apuntar que las mujeres conocen las normas de alimentación y establecen diferentes formas de autocontrol. El bienestar y crecimiento fetal junto con el aumento de peso materno, serán los discursos más utilizados desde las profesionales.*

*Palabras clave: alimentación, embarazo, medicalización, control, autocontrol.*

*Abstract: This article analyzes the representations of discourses in food and the use is made of such discourses during pregnancy, both from pregnant women as from professional women. The aim is to highlight its many functions that it performs and includes the regulation on women's behaviour and the up keeping of particular social values. We rely on the contribution of two groups of informants: pregnant women, and midwives. Through observation and a in-depth interviews we have collected their theories, practises*

*and experiences to support this analysis. In conclusion it should be noted that women know the rules of nutrition and though they establish various forms of self-control. The welfare and foetal growth as well as maternal weight gain, will be the discourses most used by the professionals.*

Keywords: *nutrition, pregnancy, medicalisation, control, self-control.*

### *Introducción*

Si las normas del comportamiento alimentario dirigidas a toda la población están mediatizadas por el discurso de la medicalización, durante el embarazo su protagonismo parece materializarse tanto entre las mujeres como entre las profesionales<sup>1</sup>. El consumo de una dieta sana y equilibrada va a ser una de las preocupaciones cotidianas de muchas mujeres en respuesta a la asociación que se establece entre la calidad de los componentes nutricionales consumidos y la salud. Ahora más que nunca emerge esta representación. La formación del cuerpo de la nueva criatura justifica la necesidad de acogerse a los discursos expertos sobre consejos alimentarios, cumpliendo así con las normas morales y éticas que se dictan para las mujeres en este estado. Se supone que el cuerpo del feto en formación necesita de los diversos componentes del cuerpo materno, transferencia esta que refuerza la representación de la responsabilidad respecto a la calidad de lo que se ingiere y que puede ser vivido por las mujeres como ineludible a su rol social de madres.

Por otro lado, el embarazo conlleva la transformación del cuerpo, consecuencia generalmente bien aceptada (Montes, 2007) pero que se teme pueda superar las previsiones. Considerar cómo y cuándo alimentarse, su cantidad y calidad, va a erigirse en una actividad de control de las profesionales, pero también de autocontrol por parte de las mujeres en general, con la finalidad de poner límites a la expansión del cuerpo. Estar embarazada no es sinónimo de estar gorda

<sup>1</sup> Nos referimos a «las profesionales» porque son en su mayoría las matronas quienes están más en contacto con las mujeres y llevan a cabo la educación sanitaria durante el embarazo.

y desde las instituciones se sigue penalizando a quienes sobrepasan el peso considerado «adecuado» como resultado de estar embarazada.

El objetivo de este estudio se centró en la medicalización de la alimentación en el embarazo; en las representaciones sobre las necesidades maternas y el crecimiento fetal, en las prácticas que las responden y en las vivencias y usos de engordar. Partiendo de la metodología cualitativa, obtuvimos la información a través de entrevistas en profundidad a 12 mujeres a lo largo de su primer embarazo y a dos matronas cuyas funciones se centraban en el seguimiento prenatal<sup>2</sup>. Se completó la investigación con la observación realizada en las consultas donde se lleva a cabo este seguimiento. Transcurrió en Tarragona y poblaciones próximas y los datos se obtuvieron en diferentes momentos entre los años 2004 y 2009.

Para situar el contexto de la medicalización de la alimentación en esta etapa, presentamos en primer lugar la revisión de las aportaciones de los discursos profesionales a través del *Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya* (PSEC) (1998), puesto que es la guía para las intervenciones que deben llevar a cabo quienes realizan el control de la gestación, en el que se incluye el consejo alimentario cuyos usos y representaciones analizamos en segundo lugar. Las prácticas de autocontrol de las mujeres, sus discursos y vivencias respecto a la construcción del cuerpo fetal y la transformación del cuerpo materno, ocuparán un último lugar de análisis, que finalizaremos con las conclusiones.

### *Institucionalización de la medicalización alimentaria en el embarazo*

La medicalización de todo el proceso del embarazo es un tema ya aceptado (Narotzky, 1995; Montes, 1999) y la alimentación no queda exenta de esta tendencia. Por medicalización de la alimentación entendemos, como apunta Gracia (2007), el reemplazo de las «razones prácticas y simbólicas que articulan la selección y el consumo alimentario [...] por otras de carácter nutricional» (Gracia, 2007: 236). La biomedicina, continúa Gracia, pone el énfasis en los aspectos fisiológicos

<sup>2</sup> Parte de la información presentada en esta investigación corresponde a los resultados obtenidos en la realización de la tesis doctoral de Montes (2007). Se han incrementado y completado con otros datos recogidos por las autoras en el año 2009.

de los alimentos, seleccionando unos o rechazando otros en función de sus cualidades nutricionales, para proponer un patrón alimentario específico o «dieta equilibrada» que se supone sin riesgos para la salud. Estas propuestas son las reflejadas en el PSEC que revisamos a continuación.

Desde este documento se presentan dos tiempos susceptibles de especial intervención de consejo alimentario para las mujeres, uno antes del embarazo y otro durante el mismo. La característica del primero es el adoctrinamiento en «hábitos de vida» dirigidos a potenciar la salud a partir de la eliminación de lo que se consideran hábitos insanos. Establece una relación inequívocamente directa entre lo que se introduce en el cuerpo y la salud, ahora ya no solo de la mujer, sino también de la futura criatura, afirmando que «L'estat nutricional de la dona és un dels factors més directament relacionats amb la salut de la futura gestant i dels seus fills» (PSEC, 1998: 181). En la tendencia a la uniformización (Guidonet, 2007) característica de la medicalización alimentaria, el protocolo considera en el mismo grupo sujeto a la necesidad de intervención profesional tanto a aquellas mujeres que tienen trastornos nutricionales como a quienes toman medicamentos que puedan interferir en la absorción de nutrientes, y a quienes tienen «hàbits alimentaris atípics» (PSEC, 1998: 181), como son las vegetarianas estrictas o de tendencias macrobióticas. Este último grupo siempre ha constituido un problema en la práctica para los profesionales a la hora de la normalización dietética de lo que se considera «equilibrio nutricional»<sup>3</sup>.

El embarazo o su planificación se presentan como una oportunidad para la educación de las mujeres en la normalidad estandarizada de una alimentación que parece otorgar cualidades morales y éticas a unos alimentos frente a otros. Así, suele detallarse tanto su contenido como la cantidad, distribución, técnicas culinarias, los tiempos y cómo y con quién comer, convirtiendo el acto alimentario cotidiano en un ritual de selección, medidas y calidades para consumir que finaliza en la mitificación de «mantenir els trets tradicionals de l'alimentació mediterrània, recuperant plats, receptes i costums»

3 Hemos constatado que las mujeres gestantes que siguen este tipo de alimentación no suelen comunicarlo al profesional que realiza el control del embarazo para evitar problemas de comprensión en la comunicación.

(Guidonet, 2007: 183). Olvidando la multiculturalidad que hoy se da en Cataluña, se justifican estas intervenciones en las raíces culturales añadiendo que: «els hàbits alimentaris de la població catalana presenten un perfil de l'alimentació característica dels països mediterranis» (Guidonet, 2007: 183). Guidonet apunta que la imagen de la dieta mediterránea suele utilizarse con frecuencia por las instituciones, en este caso presentándola como un producto «nacional» propio: «cal tenir i augmentar el consum de verdura, hortalises i fruita, aspecte molt positiu de l'alimentació dels catalans» (PSEC, 1998: 183). A la idealización de algunas cualidades atribuidas a ciertos alimentos se une la alusión a la tradición con la finalidad de educar a la población en unos hábitos alimentarios que respondan a lo pautado por la institución.

Otro aspecto interesante es la representación que se desprende en el protocolo de lo que hemos calificado como «la mujer despensa». Tanto ante la previsión del embarazo como durante su transcurso, el consejo alimentario se justifica «per la necessitat de tenir en compte els requeriments nutricionals per al desenvolupament del fetus i que al mateix temps es mantinguin adequadament els depòsits de nutrients de la dona» (PSEC, 1998: 185). El valor social de la construcción del feto refuerza el carácter moral de ciertos alimentos y las mujeres, en su condición de madres, se ven inducidas a su consumo.

Los alimentos se seleccionan según su contenido en hierro, calcio, minerales, vitaminas, etc., propiedades que, si son insuficientes, se complementarán con preparados adicionales por prescripción profesional. La medicalización es tal que se supone que todas las mujeres gestantes guardan en la despensa de su cuerpo una cantidad aproximadamente homogénea de todos estos productos, y que sus cuerpos adquieren ese carácter instrumental en función del feto. En la misma línea se presenta «la correcta evolución de l'augment de pes» (PSEC, 1998: 184), a partir de la cual se establecen límites, objetivos profesionales que se espera que las mujeres asuman como propios y se adecuen a ellos.

Las recomendaciones alimentarias del protocolo aparecen en la base de la comunicación positiva tan característica de los programas institucionales, que, por las representaciones sociales asociadas a la gestación, adquieren una fuerza moral y ética incuestionable que las convierte casi en obligación. Se espera que las mujeres se adecuen a ellas, ya que de lo contrario pueden ser estigmatizadas.

*Encuentros profesionales: usos y representaciones*

Gracia (2008) opina que todas las guías conciben «los comportamientos alimentarios de la mayoría de la población como problemáticos [y] los consejos de los facultativos se convierten en la vía para regularlos durante todo el ciclo vital» (Gracia, 2008: 69). Esto explica que, en las relaciones que las mujeres establecen con las profesionales, la educación nutricional y su control, van a ser sistemáticos en todos los encuentros. Las necesidades fetales, en primer lugar, pero también la repercusión que el aumento de peso de las mujeres puede acarrear sobre el feto, justifican estas intervenciones. Promover hábitos saludables es el objetivo del protocolo y se supone que el cumplimiento del mismo por parte de las mujeres se reflejará en el aumento de peso pautado. Analizamos a continuación los recursos que las profesionales activan para mantener a las mujeres gestantes en estos límites.

## «NO ME COMAS»

Partimos de la base de que los encuentros asistenciales estuvieron influenciados por las características personales de cada profesional, por lo que el protagonismo de la alimentación adquirirá diferentes niveles. Por ejemplo, dependiendo del peso de la mujer o de su aumento, la profesional requirió el relato detallado de todo lo que comía durante el día, su calidad, tiempos, compañía y procesos. Las profesionales aconsejaban o no cambios, e introducían modificaciones apoyándose en documentos y tablas que reflejan los componentes nutricionales considerados más necesarios, las cantidades recomendadas y las recetas que no interfirieran en el mantenimiento de los componentes de los alimentos. Esta información, publicada generalmente por empresas farmacéuticas, se les entregaba como recordatorio y guía.

Un aumento de peso por encima de los límites previstos alertó en diferentes grados a algunas matronas. Las mujeres lo sabían y expresiones como «me va a reñir» o «¡me echó una bronca!» eran habituales, como también del tipo «nos hemos pasado, ¿eh? Me dijo que de ahora en tres meses, si le engordaba, pues me iba a poner a dieta, a dieta de darme caña» (Alicia). A través del control alimentario parecen establecerse con demasiada frecuencia relaciones jerárquicas que infantilizan a las mujeres, situándolas como incompetentes para su propio cuidado.

Otra visión complementaria de esto es lo que consideramos apropiación de la responsabilidad del embarazo por parte de las profesionales. Su celo en el control alimentario se refleja en frases del tipo «no me comas esto... me dejas aquello» o, en expresión literal de otra mujer, «mi matrona está muy contenta porque no le he engordado nada», frases que reflejan una ostentación de poder sobre quien todavía no es capaz de su ejercicio autónomo.

Pero no son solo las profesionales quienes controlan lo que comen las mujeres. En el transcurso de la observación de las consultas prenatales, escuchamos cómo algunas parejas se implicaban siguiendo la dinámica de las relaciones verticales. Un acompañante habló así a la matrona en alusión a su mujer: «que no te tomas el hierro...», y ella: «no es que me acuse, pero lo tienes que decir, ¿verdad?» Y otra, cuando la mujer se quejaba del aumento de peso —«¡Pues no como tanto!»—, la pareja rezongó un «¡no tanto!», para a continuación relatar con detalle lo que la mujer comía, lo que dio lugar a que la matrona le pidiera al acompañante que «la vigiles» o «no la dejes». Otras parejas sí defendieron a sus mujeres con un «no la riña».

Con demasiada frecuencia, estos encuentros transcurren en un clima paternalista de protección-imposición de prácticas que encierran valores y normas morales. Pocas son las mujeres que los contrastan o rebaten abiertamente con las matronas. Esto, explicaron, fue bien por no llevarles la contraria, bien por entender que no podían cambiar su opinión. Al fin y al cabo, expresaron, ellas harían lo que más les interesara. Lo que queremos rescatar en nuestro análisis es la interiorización de la normalización de unas relaciones asimétricas de las que difícilmente las mujeres salen empoderadas.

#### «TÚ MISMA»

Cada profesional recurre a diferentes estrategias de control para conseguir que las mujeres se posicionen en lo considerado como «normalidad» respecto a la alimentación y peso. Esto encuentra su justificación en el protocolo, que afirma: «L'augment de pes de la dona durant l'embaràs és un factor estretament lligat al pes del nadó en néixer i a la morbiditat i mortalitat perinatal» (PSEC, 1998: 185).

La relación entre lo que la mujer come y, como consecuencia, engorda, se presenta como resultado inequívoco y, aunque en la práctica

no siempre está relacionado, o por lo menos hay que contar con la influencia de otros factores, se generaliza y acepta como única verdad. A las mujeres se les recuerda: «Me han dicho que tengo que engordar, para ir bien, un kilo al mes, más no, porque... para el crío es malo». Y otra lo expresó así: «Me voy a poner como una vaca y encima [le han dicho] voy a tener complicaciones para parir».

Si la mujer alcanza un peso más allá del previsto, el discurso puede utilizarse como amenaza más o menos encubierta con un «tú verás; tú misma», o directamente con un «ya te acordarás en el parto cuando tu niño no pueda salir»; frases que no solo responsabilizan a las mujeres de sus propios riesgos (Montiel, 1997: 236; Uribe, 1998: 207), sino que recurren a la advertencia de un peligro como consecuencia moral del no cumplimiento de las normas. La interiorización de este proceso quedó de manifiesto en las mujeres participantes del estudio en diversos grados, en relación con la efectividad de la comunicación establecida con la profesional y el tiempo de gestación en el que se encontraban. Así, a mayor tiempo de gestación le correspondió menor preocupación, bien porque el peso había sido una realidad difícil de modificar a lo largo del embarazo, bien porque consideraron que el tiempo que les quedaba hasta el nacimiento era insuficiente para introducir cambios significativos. Aun así, la preocupación por el peligro que podía suponer fue una constante para algunas de ellas. Hay que decir que todas las mujeres del estudio, con diferente aumento de peso, tuvieron criaturas sanas, y que el modo como transcurrieron los nacimientos no estuvo condicionado por aquél.

### *Autocontrol de la alimentación*

La población ha interiorizado los discursos institucionales que relacionan la alimentación con la salud y responsabilizan a la persona de su propio cuidado (Gracia, 2008). Así, muchas mujeres, al saberse embarazadas, y antes de que den comienzo los encuentros con las profesionales, introducen prácticas de autocontrol y cuidado en diferentes aspectos de la vida cotidiana, entre ellos la alimentación. Dos son los factores más decisivos para que esto ocurra. Por un lado, la representación de que la formación del feto necesita los mejores nutrientes, y por otro, el miedo al descontrol del cuerpo —traducido en engordar—. Ambos aparecen interrelacionados en sus discursos

y les concederán valores diferentes según sus ideas personales, que además evolucionarán a lo largo de la gestación.

#### LA CONSTRUCCIÓN DEL FETO<sup>4</sup>

Las representaciones de los discursos sobre «estilos de vida saludables» se activan desde el inicio del embarazo como un deber para asegurar la correcta construcción del feto. En general, todas las mujeres del estudio pusieron atención en los productos que se introducen en el cuerpo reduciendo o eliminando aquello que se considera negativo. Unas abandonaron «helados, chucherías, pastas y todo eso» y otra explicó que «comienzo a comer más o menos bien. Lo mío era: si comía, comía, y si no tenía hambre, pues no comía. Ahora por narices como, aunque sea poquito... ahora me fijo más que antes». Aunque son cambios introducidos por propia iniciativa, algunas los vivieron como «sacrificios» necesarios porque «quiero que él [el feto] esté en las mejores condiciones. Empecé a cambiar la alimentación y dejar... eso, todo lo que podía ser perjudicial para él, porque ahora somos dos». En estas manifestaciones se evidencia la relación que se establece entre aquello que se ingiere y los resultados que produce sobre el cuerpo y la salud. Además, estas prácticas se presentaron como la responsabilidad que ya habían adquirido como madres durante el embarazo. La temprana antropomorfización<sup>5</sup> del feto en nuestra cultura refuerza esta teoría.

El autocontrol alimentario, ejercido de formas diferentes, se prolongó en la mayor parte de las mujeres a lo largo de la gestación con la finalidad de controlar el peso, pero íntimamente relacionado con el control del crecimiento fetal. En las visitas periódicas a las profesionales, las mujeres obtienen datos sobre el normal crecimiento fetal a través de los resultados de las analíticas, pero sobre todo de la ecografía. Para dos de ellas los encuentros fueron especialmente significativos.

<sup>4</sup> Como construcción del feto consideramos la organogénesis de las primeras semanas y su posterior crecimiento a lo largo de todo el embarazo.

<sup>5</sup> Por antropomorfización entendemos, como apunta Schepher-Hughes, el proceso «a través del cual los padres gradualmente van atribuyendo a sus hijos características humanas» (1997: 395). En nuestro contexto esto ocurre desde que a la mujer se le realiza la primera ecografía, hacia las trece semanas de gestación.

La primera cuidaba habitualmente la alimentación y, durante el embarazo, según su percepción, «estrictamente» con la finalidad de no engordar más de lo necesario. En su aceptación práctica de la medicalización alimentaria medía los nutrientes que podían ser necesarios para ella y el feto, y se los proporcionaba ella misma en forma de alimentos o de preparados farmacológicos específicos que los contenían. La información médica fue esencial para la realización de este régimen alimentario y los buenos resultados de las pruebas fueron el referente de la inocuidad de sus prácticas, porque «yo voy y me dice [el médico]:' de hierro bien, de tal bien, el crío bien...', pues yo sigo con lo mío», además de afirmar que «si me dijera que el crío está por debajo del peso normal ¡haz el favor de comer!... entonces sí lo haría, está clarísimo». La alimentación, para esta mujer, era el mecanismo mediante el cual introducía nutrientes en el cuerpo, consumiendo vitaminas, calcio, minerales, etc., según sus palabras en «la justa medida». En su vivencia, la previsión del aumento de peso era una visión negativa a la que se resistía.

En la segunda mujer, Sol, el autocontrol pasaba por «comer cada día verdura, pescado... cosas más sanas, sin grasas, sin fritos y tal», y como el trabajo suponía un impedimento, explica: «voy a comer a casa de mi madre. Todo está buenísimo y más si llegas y está en el plato». Su preocupación era que no engordaba lo pautado como normal, y temía que esto pudiera repercutirle, «porque yo pienso: un problema es que él no crezca, pero tomo vitaminas, tomo hierro, todo recetado por él [el médico], y otro problema es que él crezca y me chupe a mí todo y me deje hecha polvo». Su discurso nos aporta la representación de la transferencia que se establece entre la madre y el feto, en la que se entiende que la mujer debe ser depositaria de suficientes nutrientes para su desarrollo, porque de lo contrario el feto crecerá a expensas de los recursos maternos. Estas necesidades fueron experimentadas en ocasiones con la imagen del «feto parásito» que se impone y vive de otro cuerpo<sup>6</sup>.

El control de la alimentación en el embarazo es uno de los referentes tanto para las mujeres como para las profesionales. Forma parte y se ve condicionado por el resto de prácticas de control y de

<sup>6</sup> Las mujeres expresaron otras vivencias de parasitación. Ver Montes (2007) en *Cuerpo okupado*.

sus resultados, y encierra diferentes usos y representaciones. Aunque está centrado en la práctica, su gran contenido simbólico emerge insistentemente.

#### EL PESO DEL EMBARAZO

Durante el embarazo se acepta socialmente, e incluso se espera, que, dentro de unos límites, las mujeres estén gordas (Wiles, 1996). En el protocolo se detallan los quilos que pueden aumentar y en proporción al peso inicial, esto es, a menos peso más quilos y viceversa. Las experiencias de las mujeres en su adaptación a las fronteras recomendadas fueron de carácter muy variado, y evolucionaron a lo largo del embarazo. Hemos apuntado que todas aceptaban la transformación del cuerpo como consecuencia lógica de la gestación, pero el estigma de la gordura se presentó para algunas como un fantasma con límites desconocidos.

En los primeros meses frases como «yo no sé cómo va a reaccionar mi cuerpo. Me preocupa que llegue el momento que... se me vaya de las manos y empiece a engordar, engordar y que no lo domine yo, ¿sabes?» o «hay gente que se pone inmensa» traen la imagen de un cuerpo dominado por las hormonas que puede evolucionar de forma imprevisible escapando a las normas de control que habitualmente ejerce cada cual. Las mujeres expresaron estas previsiones de formas tan variadas como «me preocupa engordar más de la cuenta porque sé que luego a mí me cuesta mucho recuperar mi peso», pero también del tipo «yo sé que voy a poner muchos quilos. Soy más obesa que delgada, pero ya lo tengo asumido», y, para quien la delgadez era una valor, opinó que engordarse «es antifemenino y antitodo». Estas diferencias estuvieron relacionadas con las tendencias estéticas personales que ya mantenían antes del embarazo.

La aceptación social de la gordura en la gestación presenta unos límites más amplios de los habituales por considerarse un estado pasajero, pero la ideología y valores de cada mujer, junto con la presión que ejercen las profesionales, puede llevarlo a erigirse en una experiencia negativa: «¡80 quilos! Yo sé que como, porque como, pero no tanto para engordar esos quilos. Me ha puesto a dieta ¡Madre mía! ¡Cómo me cuesta tanto y cómo me engordo tanto!». Esta mujer recogía en su relato las dificultades para acercarse a la dieta equilibrada au-

toculpándose porque «no me organizo, es que tengo más poca voluntad...» y temía las posibles consecuencias: «estuve leyendo y ponía que podía ser toxemia gravídica». En los discursos institucionales «estar gordo se ha convertido en sinónimo de estar enfermo» (Gracia, 2008: 67), y la persona es la responsable de su problema porque «si usted está obeso es porque come mucho o porque no sabe o no quiere comer bien» (*Ibidem*: 69). Estas premisas se reflejaron interiorizadas en los discursos de las mujeres que sobrepasaron el peso recomendado y en quienes se esforzaban en no engordar.

Además del consejo nutricional, las teorías sobre el estilo de vida saludable presentan la actividad física como un requisito ideal para el equilibrio entre lo ingerido y el gasto energético, pero durante el embarazo esto puede ser difícilmente controlable. En las experiencias de las mujeres encontramos que tres de ellas tuvieron que guardar reposo forzado más allá del primer trimestre por amenaza de aborto<sup>7</sup> y, de estas, una decidió dejar de trabajar con el fin de evitarlo, lo que supuso que: «estoy estresada de no hacer nada». Quienes realizaban ejercicio de forma habitual lo redujeron —«no puedo esperar que gaste las calorías que gastaba antes. He bajado el ritmo»— o bien: «me he apuntado a yoga porque dicen que va mejor». Todas midieron su actividad física con el objetivo de no interferir en el embarazo y esperaron los primeros meses para conocer la respuesta del cuerpo. Superada esta incertidumbre, dos de ellas realizaron ejercicio más allá de lo recomendado, bien de forma continuada, bien puntualmente, pero siempre decían estar atentas a las señales que el cuerpo transmitiría para conocer sus límites.

La etapa final se caracterizó, de forma general, por una mayor tranquilidad gracias a la confianza que habían adquirido a través de la experiencia. El crecimiento fetal estaba garantizado y la amplitud del cuerpo se había manifestado con todas sus restricciones. Fue entonces cuando algunas mujeres se permitieron transgredir normas alimentarias que habían guardado anteriormente: «te puedes creer que tengo obsesión... Me dicen bollería y cosas de esas no comas y me apetece comer un donut de chocolate y me lo tengo que comer. ¿Qué

<sup>7</sup> Una de ellas, con trabajo en una empresa familiar, pudo prolongar su baja hasta los seis meses, incorporándose posteriormente y de forma intermitente a media jornada.

voy a hacer?». Con la proximidad del parto los discursos nutricionales y el control alimentario perdían fuerza, puesto que los objetivos estaban cumplidos.

### *Conclusiones*

Entendemos que la población en general conoce las normas de lo que se define como alimentación saludable. Durante el embarazo, los discursos de la educación alimentaria están altamente medicalizados y los alimentos adquieren diferentes valores según sus componentes nutricionales, que son los determinantes de su consumo o no. En respuesta a esto, todas las embarazadas del estudio los revisaron por propia iniciativa e introdujeron cambios —si los necesitaban— en este sentido.

La educación nutricional presenta ahora más posibilidades de permeabilizar la práctica y transformarse en norma cotidiana para las mujeres, pues la buena formación fetal es una poderosa imagen, que les recuerda su deber de madres. Las representaciones que encierran los discursos respecto a lo que socialmente significa ser madre constituyen un arma muy poderosa que induce a acatar las normas. En la utilización de estos discursos se reproducen y perpetúan los valores sociales de la maternidad.

Otro de los valores sociales que se actualiza es la delgadez, por lo que, aunque el embarazo incluya el aumento de peso, se establecerán restricciones. En este sentido, cabe apuntar que dentro de las actividades de la educación sanitaria se recordarán las representaciones que, por otro lado, las mujeres ya tienen interiorizadas. Así, comer como necesidad biológica encierra significados, valores y funciones construidas socialmente que los discursos alimentarios tratan de mantener y renovar.

### *Bibliografía*

- GRACIA-ARNAIZ, Mabel (2007). «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». *Salud Pública de México*. 49: (3); 236-242.
- GRACIA-ARNAIZ, Mabel (2008). «La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plirifactorial y epidémico». En

- ROMANÍ, Oriol; LARRE, Cristina; FERNANDEZ, José (coords.) *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, XI Congreso de Antropología de la FAAE. Donostia. ANKULEGI, 63-78.
- GUIDONET, Alicia E. (2007) «El concepto de dieta mediterránea: uniformización, medicalización y apropiación crítica». En: *Actes trobada de Joves investigadors entorn de la Mediterrania*. [Consultat 12 de març del 2009]. Disponible en: <<http://www.humanrights-observatory.net/revista5/catalan/JPEG/capit7.htm>>
- MONTES-MUÑOZ, M<sup>a</sup> Jesús (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, matronas y médicos*. Tesis Doctoral. Disponible en TDX.
- MONTES-MUÑOZ, M<sup>a</sup> Jesús (1999). «Medicalización reproductiva o la alienación del cuerpo». *Enfermería Clínica*. 9: (5); 206-212.
- MONTIEL, Luis (1997). «Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico». En MONTIEL y PORRAS (coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. Madrid. Doce Calles, 253-265.
- NAROTZKY, Susana (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Monografías, 14. CSIC.
- Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya* (1998). Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i de Seguretat Social.
- SCHEPER-HUHEs, Nancy (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona. Ariel.
- URIBE-OYARBIDE (1998). «Promoción, prevención y educación en salud ¿Nuevos significantes para viejos significados?». En: MARTÍNEZ HERNÁNDEZ; COMELLES; MIRANDA ARANDA (comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano*. Zaragoza. Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 299-311.

PERCEPCIÓN CORPORAL Y ALIMENTACIÓN  
EN MUJERES RURALES DE MÉXICO

Sara Elena Pérez-Gil Romo  
*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*  
*«Salvador Zubirán»*  
*Calle Vasco de Quiroga, N° 15*  
*Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan,*  
*CP 14000, México, DF*  
*seperezgil@yahoo.com.mx*

Gabriela Romero Juárez  
*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*  
*«Salvador Zubirán»*  
*Calle Vasco de Quiroga, n° 15*  
*Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan*  
*CP 14000, México, DF*  
*micropollit@gmail.com*

*Resumen: El presente trabajo se inscribe dentro de la línea de la antropología de la alimentación y es parte del proyecto Percepción del cuerpo en mujeres rurales de México, cuyos objetivos son conocer cómo perciben su cuerpo estas mujeres e identificar sus representaciones sobre la alimentación. Se comienza a detectar cierta preocupación entre algunas de las mujeres por su cuerpo y un mayor consumo de alimentos light, lo que muestra una transformación en la subjetividad femenina de las zonas rurales.*

*Palabras clave: percepción, cuerpo, género, alimentación.*

*Abstract: This paper is part of a research line of anthropology of food and is part of Project Women Perception of the body in rural areas in Mexico, whose aims are to understand how these women perceive their bodies and identify their representations about food. The women shows some concern for their body and there is an increased in consumption of lights food, which shows a transformation of female subjectivity in rural areas.*

*Keywords: perception, body, gender, food.*

### *Introducción*

El trabajo que presentamos es parte de un proyecto que se viene realizando en el Departamento de Estudios Experimentales y Rurales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición ‘Salvador Zubirán’ de México desde 2006, titulado Percepción del cuerpo en mujeres rurales mexicanas, cuyos objetivos son obtener una aproximación acerca de cómo las mujeres que viven en el medio rural del país perciben su cuerpo, así como conocer su alimentación. Los resultados de investigaciones llevadas a cabo en comunidades rurales de México sobre representaciones y prácticas alimentarias en familias han mostrado que mujeres de diversas edades manifiestan preocupación por su cuerpo, lo que las ha llevado a transformar algunas de sus prácticas de alimentación. (Pérez-Gil y Romero, 2007 y 2008).

En este sentido, las interrogantes planteadas son las siguientes: ¿cómo perciben las mujeres de las comunidades rurales el cuerpo?; ¿existen ideales de cuerpo entre las mujeres de las comunidades estudiadas?, y de ser así, ¿cuáles son?; y finalmente, ¿qué prácticas alimentarias se han transformado debido a una preocupación por el cuerpo?

#### *El problema: sobrepeso y obesidad en México*

En la actualidad, gran parte de los estudios realizados en México, derivados del campo de la nutrición, centran su atención en el aumento del sobrepeso y la obesidad, y varias encuestas realizadas sobre estos temas indican que la obesidad es una condición más frecuente en las mujeres adultas. Revisemos a continuación algunas cifras.

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 se observó, en una muestra de población urbana adulta de 20 a 69 años de edad, que el sobrepeso era más común en los hombres y la obesidad en las mujeres; la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue del 58,9%, con una prevalencia de obesidad del 25,1% en las mujeres y del 14,9% en los hombres (Arroyo, Loria, Fernández *et alii* 2000). En la Encuesta Nacional de Salud 2000, cuya muestra incluyó tanto población urbana como rural, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue del 62,1% en la población adulta mayor de 20 años; en las mujeres la prevalencia de obesidad fue del 28,1% y en los hombres del 18,6% (Olaiz, Rojas, Barquera *et alii*, 2003). Por último, en la Encuesta

Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006), cuya muestra abarcó familias urbanas y rurales, se detectó una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 72% para las mujeres y del 67% para los hombres mayores de 20 años; la prevalencia de obesidad fue del 34% en las mujeres, mientras que para los hombres fue del 24%.

Al revisar tres encuestas nacionales de nutrición (1988, 1999 y 2006) se aprecia un aumento significativo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad entre las mujeres de 20 a 49 años; la información de estos estudios muestra que en un lapso menor a 20 años —1988 a 2006— la cifra se duplicó, pasando del 34,5% al 69,3% (Olaiz, Rivera, Shamah *et alii*, 2006).

Finalmente, no debe olvidarse que la prevalencia de obesidad también se ha elevado entre las mujeres de los sectores sociales pobres. Desde principios de la década de los noventa del pasado siglo se observó, en un estudio realizado en la Ciudad de México con población de 35 a 64 años de bajo nivel socioeconómico, una prevalencia de obesidad del 36,9% para los hombres y del 60,3% para las mujeres (González y Stern, 1993). En 1995, la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, que incluyó familias de distintos estratos socioeconómicos, mostró que en la población de 18 a 69 años la prevalencia de obesidad era del 22,5% en las mujeres y del 9,8% en los hombres (INNSZ, 1995); en otras palabras, el sobrepeso era más frecuente entre las mujeres de los estratos socioeconómicos altos y la obesidad tendía, aunque sin diferencias importantes entre estratos y con un patrón similar al de los países desarrollados, a ser más común en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002 arrojó una prevalencia de obesidad del 28,7% en las mujeres y del 19,5% en los hombres con bajos niveles de ingreso (Ávila, Shamah, Chávez *et alii*, 2003). Datos derivados de otro estudio, realizado en 2003 entre población rural pobre, hablan de una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de casi el 60% en mujeres y más del 50% en hombres, con cifras de obesidad del 22,2% para las primeras y del 13,6% para los segundos (Fernald, Gutiérrez, Neufeld *et alii*, 2004). No obstante, es necesario destacar que las deficiencias nutricionales continúan siendo un importante problema de salud pública en México (González de León, Bertrán, Salinas *et alii*, 2009).

### *Otros trastornos del comportamiento alimentario*

Por otro lado, cabe mencionar que la anorexia nerviosa y la bulimia, tanto en mujeres como en hombres, han comenzado a presentarse en México, sobre todo entre la población joven. En un estudio donde se analizó la información de tres diferentes años (1997, 2000 y 2003) con el propósito de identificar las tendencias de las prácticas alimentarias de riesgo en los estudiantes, se observó un incremento en la prevalencia de este tipo de prácticas: en los hombres del 1,3% en 1997 al 3,8% en 2003, y en las mujeres del 3,4% al 9,6%. Por grupos de edad se observó un incremento en la frecuencia de estas conductas en varones de todas las edades, excepto los de 16 y 17 años, y en las mujeres de todas las edades, siendo los más importantes en los varones de 12 y 13 años y en las mujeres de 18 y 19. En la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, se detectó que el 0,9% de los hombres y el 2,8% de las mujeres presentaban actitudes y prácticas alimentarias de riesgo (Unikel, Villatoro, Medina-Mora *et alii*, 2006).

Hasta hace algunos años se pensaba que la bulimia y la anorexia nerviosa, y por tanto las prácticas alimentarias de riesgo, se presentaban solo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en los países industrializados; sin embargo, estas conductas se observan cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos. Y aun cuando cada vez es mayor el interés por estudiar las alteraciones en la percepción de la imagen corporal, existen escasas investigaciones que analicen y expliquen lo que sucede entre la población no urbana del país. Resultados de algunos estudios muestran que hombres y mujeres de algunas zonas rurales de México comienzan a manifestar una preocupación por su cuerpo y cierto anhelo de delgadez (Pérez-Gil y Romero, 2008).

### *La cultura y el cuerpo: un abordaje desde el género*

En este apartado partimos de la consideración que el género (es decir, el sexo) es una categoría relacional que alude a las desigualdades de poder entre los ámbitos socialmente definidos como femeninos y masculinos, los cuales se derivan fundamentalmente de la división sexual del trabajo y ejercen una influencia central en la organización

de la vida social (Gómez, 2002). En este sentido, el enfoque de género nos ofrece la posibilidad de analizar los problemas de salud, y en este caso la percepción de las mujeres sobre su cuerpo, el sobrepeso y la obesidad, bajo una perspectiva que va más allá de las diferencias centradas en las consideraciones biológicas. Cabe resaltar que, si bien en este trabajo centramos nuestra atención en la población femenina de algunas comunidades rurales mexicanas, no desestimamos la prevalencia de obesidad en los hombres; sin embargo, este padecimiento está más estigmatizado en las mujeres, lo que las hace más vulnerables a la hora de adquirir prácticas alimentarias de riesgo y a tener una mayor preocupación por su cuerpo. Reflexionemos sobre esto.

Los alimentos y el acto de comer se asocian a numerosas circunstancias —no solo la salud— que con frecuencia son significativas para todos los individuos que comen. Tal y como lo argumenta Gracia (2005 y 2006), la alimentación es funcional en cada una de sus circunstancias o contextos. Además de la nutricional, esta autora considera otras funciones importantes de la alimentación que tienen que ver con las necesidades más inmediatas y cotidianas y con los arreglos más prácticos para resolverlas. Así pues, la alimentación es un acto social y *el no comer* también está revestido de múltiples significados sociales y psicológicos (Toro, 1997).

Los aspectos socioculturales del cuerpo y los alimentos, relacionados con los valores materiales y simbólicos que se otorgan al hecho de comer y no comer, cobran relevancia si lo que se pretende es entender qué es el cuerpo desde otra perspectiva diferente a la biomédica, esto es, la sociocultural. Douglas (1978) señaló, desde finales de los años setenta, que las propiedades fisiológicas del cuerpo son el punto de partida para la cultura, y que constituyen, además, una mediación, cuya identidad se despliega en símbolos significativos.

Por otra parte, la imagen corporal es una construcción teórica utilizada ampliamente por las ciencias biológicas y sociales. Schilder (1950) la definió como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se nos manifiesta. En este enunciado está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia física real; por el contrario, resalta la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo. Otro autor (Thompson, 1990), al ampliar el concepto de imagen corporal, incluye además de los componen-

tes perceptivos y cognitivo-emocionales un componente conductual. En suma, la imagen corporal corresponde a la imagen de uno mismo hacia su cuerpo, que se construye a partir de un esquema corporal perceptivo ligado a la identidad, a los sentimientos y a las conductas, entre otros aspectos.

La distorsión de la imagen corporal resulta evidente por la sobreestimación de su tamaño, lo que indica que una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo se vincula a una insatisfacción corporal, que es la base de las prácticas alimentarias de riesgo (Perpiñá y Baños, 1990; Cruz y Mangato, 2002). Por su parte, Fischler (1995) menciona que un análisis antropológico, social e histórico de los modelos corporales mostraría que siempre ha existido una profunda ambivalencia de las representaciones de la gordura y la delgadez, y que dichas representaciones también han influido de diferentes maneras en los comportamientos alimentarios. A lo largo de las últimas cuatro décadas se han presentado una serie de cambios en relación con el ideal del cuerpo, tanto femenino como masculino, de tal manera que el deseo de salud, de juventud y de atractivo sexual son una poderosa motivación contra la obesidad (Toro, 1997).

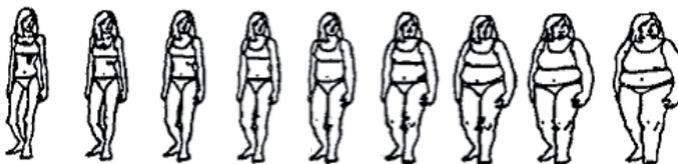
Como ya mencionamos en párrafos más arriba, estudios realizados en México sobre la percepción de la imagen corporal y las prácticas alimentarias de riesgo han focalizado su interés en la población femenina y urbana del país; sin embargo, adentrarnos en lo que sucede con las mujeres que habitan en las comunidades rurales mexicanas constituye un análisis nuevo, y los datos que aquí se presentan son parte de un primer acercamiento.

### *La aproximación a las mujeres de las comunidades rurales*

La información es producto de tres investigaciones cualitativas y cuantitativas realizadas entre 2006 y 2008 en comunidades mestizas de los estados de Oaxaca, Querétaro e Hidalgo. En las tres zonas se encuestaron mujeres de entre 15 y 60 años de edad, y se excluyeron aquéllas que estuvieran embarazadas y que no aceptaran ser entrevistadas; también se eliminaron de las conclusiones del estudio los datos de las mujeres de las que no se obtuvieron sus medidas antropométricas.

El instrumento de recolección de los datos fue un cuestionario con preguntas tanto abiertas como cerradas que se aplicó a las mujeres que cumplieran con el requisito de edad establecido; sin embargo, en este trabajo solo se incluyen los datos relacionados con la composición corporal, la autopercepción de la imagen corporal, el anhelo hacia cierto tipo de cuerpo y algunos aspectos sobre su alimentación. Las encuestas se llevaron a cabo en las propias viviendas de las mujeres y en las Casas de Salud de las comunidades. Se obtuvo el peso y la estatura de las mujeres y se calculó su índice de masa corporal (IMC) tomando como referencia los puntos de corte establecidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

*Figura 1. Opciones de figuras presentadas a las mujeres encuestadas (Colleen y Resnick, 2000).*



Estos modelos se clasificaron de acuerdo con los criterios de IMC categorizándolos de la siguiente manera:

Modelo 1: Desnutrición III	Modelo 6: Obesidad I
Modelo 2: Desnutrición II	Modelo 7: Obesidad II
Modelo 3: Desnutrición I	Modelo 8 y 9: Obesidad III
Modelo 4: Normal	
Modelo 5: Sobrepeso	

La imagen corporal percibida y la imagen anhelada se obtuvieron solicitando a las mujeres encuestadas que seleccionaran entre nueve figuras (Figura 1) aquella que, según su percepción, correspondía a su imagen corporal actual, y aquella que les gustaría tener.

*Peso, estatura y cuerpo: percepción y deseo de las mujeres*

El total de mujeres estudiadas fue de 115 mestizas de cuatro comunidades de la costa oaxaqueña (Santa Rosa, Chacalapa, La Luz y Palma Sola), que para fines de este texto se agruparán en «mujeres de la costa»; 41 de la comunidad de Tzibantzá (Querétaro) y 49 de la comunidad de Mixquiahuala de Juárez (Hidalgo). Por lo que respecta a su edad, el promedio fue de 34 años para las de la costa de Oaxaca e Hidalgo, y 32 años para las mujeres de Querétaro.

*Tabla 1. Indicadores antropométricos de las mujeres encuestadas*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Promedio</i>
<i>Costa de Oaxaca</i>				
Peso	115	38.0	85.9	59.5
Estatura	115	1.34	1.64	1.50
IMC	115	16.8	39.3	26.5
<i>Tzibantzá, Querétaro</i>				
Peso	41	40	86.0	60.4
Estatura	41	1.38	1.62	1.52
IMC	41	16.4	36.2	26.0
<i>Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo</i>				
Peso	49	43.4	88.8	64.0
Estatura	49	1.45	1.68	1.54
IMC	49	17.8	38.4	27.0

Fuente: Encuesta directa.

En cuanto a los indicadores antropométricos de las mujeres de las tres zonas se encontró lo siguiente: no se detectaron grandes diferencias en los promedios de estatura y de IMC de las mujeres, aunque entre las de Mixquiahuala de Juárez el promedio de peso fue mayor (64 kilos). No obstante, hay que resaltar los rangos más bajos y más altos de estos indicadores, ya que mientras el rango menor en la costa fue de 38 kilos, el más alto correspondió a Mixquiahuala, con casi 89 kilos; por lo que se refiere a la estatura, el rango más bajo se detectó entre las mujeres de Oaxaca y Querétaro y el más alto en las de Hidalgo. Y por último, las mujeres con el rango menor en IMC fueron las de Tzibantzá y costa de Oaxaca (ver Tabla 1).

De la información de la Tabla 2 sobresale lo siguiente: solo se detectaron 5 mujeres entre las tres zonas con desnutrición I y II; un poco más de la tercera parte de todas las mujeres presentaron un IMC considerado como normal, aunque también se aprecian cifras altas de sobrepeso. En Mixquiahuala se registraron más casos de obesidad grado I y III, siguiéndole las mujeres de Tzinbantzá y después las de la costa oaxaqueña, quiénes también presentaron obesidad grado II.

*Tabla 2. IMC registrado en las mujeres encuestadas*

	<i>Costa de Oaxaca</i>		<i>Tzinbantzá, Querétaro</i>		<i>Mixquiahuala, Hidalgo</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Desnut. II	1	0.9	1	2.4	0	0
Desnut. I	1	0.9	1	2.4	1	2.0
Normal	41	35.6	16	39.0	16	32.7
Sobrepeso	45	39.2	13	31.7	10	20.5
Obesidad I	21	18.3	10	24.5	13	26.5
Obesidad II	6	5.1	0	0	1	2.0
Obesidad III	0	0	0	0	8	16.3
TOTAL	115	100.0	41	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Con respecto al modelo corporal percibido (Tabla 3), es decir, la figura que las mujeres eligieron a la pregunta de cómo se ven (Figura 1), el 26,4% de las mujeres de la costa de Oaxaca y el 25% de las de Querétaro e Hidalgo se percibieron con algún grado de desnutrición. Por lo que se refiere a la percepción de normalidad, se observaron más casos de mujeres en Oaxaca y menos en Tzinbantzá (Querétaro). En cuanto a la percepción de sobrepeso y de algún grado de obesidad, se aprecia que entre el 28,6 y el 58,9% de las mujeres se percibieron como obesas, destacando la obesidad grado I. Los datos de las mujeres de la costa, de Tzinbantzá y de Mixquiahuala muestran una situación parecida a los hallazgos de otras investigaciones, es decir, una ligera sobreestimación de la obesidad. Sin embargo, no sucedió lo mismo con el sobrepeso, pues éste fue subestimado por las mujeres de Oaxaca: del 39,2% de IMC registrado al 23% percibido en la costa, mientras

que en Tzinbantzá no se encontraron grandes diferencias, pues del 31,7% de IMC medido su percepci3n descendió a solo el 30,8%, y en Mixquiahuala se detect3 una sobreestimaci3n del 10% (de 20 a 30%).

*Tabla 3. Cuerpo percibido en las mujeres entrevistadas*

	<i>Costa de Oaxaca</i>		<i>Tzinbantzá, Querétaro</i>		<i>Mixquiahuala, Hidalgo</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Desnut. III	9	7.9	4	10.3	1	2.0
Desnut. II	11	9.7	2	5.1	4	8.2
Desnut. I	10	8.8	4	10.3	7	14.3
Normal	21	18.6	6	15.4	8	16.3
Sobrepeso	26	23.0	12	30.8	15	30.6
Obesidad I	25	22.3	7	17.9	9	18.4
Obesidad II	9	7.9	3	7.6	3	6.1
Obesidad III	2	1.8	1	2.6	2	4.1
TOTAL	113	100.0	39	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Al interrogar a las mujeres sobre la figura que más les gustaría tener (Modelo deseado), el 53,6% de las mujeres de la costa, el 42,5% de las de Querétaro y el 43% de las de Hidalgo seleccionaron una de las figuras con algún grado de desnutrici3n. Sin embargo, se detectaron mujeres, sobre todo en la costa y en Mixquiahuala, que eligieron una figura con sobrepeso u obesidad grado I (Tabla 4).

Cuando se les pregunt3 acerca de si se sentían «a gusto» (conformes) con su cuerpo, se encontr3 que alrededor de las tres cuartas partes de las entrevistadas en Tzinbantzá estaban «a gusto»; en otras palabras, se aceptan, mientras que en las otras comunidades el porcentaje de aceptaci3n fue menor (Tabla 5). Las mujeres de la costa son las que menos se sienten «a gusto» con su cuerpo, siguiendo con las de Mixquiahuala. Cabe aclarar aquí que, según la mayoría de las narraciones, «sentirse a gusto» era aceptarse, tal y como lo expres3 una de las mujeres de la costa de Oaxaca: «bueno, pues me siento a gusto con mi cuerpo, pues así me tengo que aceptar, para no sentirme mal,  o no?».

Tabla 4. Cuerpo deseado en las mujeres encuestadas

	Costa de Oaxaca		Tzinbantzá, Querétaro		Mixquiabuala, Hidalgo	
	N	%	N	%	N	%
Desnut. III	10	10.3	2	5.0	4	8.2
Desnut. II	12	12.4	7	17.5	3	6.1
Desnut. I	30	30.9	8	20.0	14	28.6
Normal	28	28.9	20	50.0	21	42.8
Sobrepeso	15	15.5	1	2.5	7	14.3
Obesidad I	2	2.0	2	5.0	0	0
TOTAL	97	100.0	40	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Tabla 5. Aceptación del cuerpo en las mujeres encuestadas

	Costa de Oaxaca		Tzinbantzá Querétaro		Mixquiabuala Hidalgo	
	N	%	N	%	N	%
Sí me gusta	46	45.5	30	73.2	19	38.8
No me gusta	40	39.6	6	14.6	15	30.6
Más o menos	15	14.9	5	12.2	15	30.6
TOTAL	101	100.0	41	100.0	49	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Entre las respuestas afirmativas mencionadas por las mujeres costeñas al por qué se sienten bien con su cuerpo, el aspecto físico y el agrado por su cuerpo fueron las principales razones; por ejemplo: «ya soy así», «así me siento, ni gorda ni flaca, así estoy bien», «me siento liviana y puedo caminar», «estoy delgada y me puedo poner varias ropas» y «pues no estoy gorda». Las respuestas negativas, al igual que las afirmativas, se asociaron más con el aspecto físico, el peso y el desagrado a sí mismas: «no me gusta estar gorda», «estoy luchando para bajar», «siento que tengo mucho peso para mi estatura» y «me gustaría estar más esbelta, o sea, más chulita». Entre las mujeres de Tzinbantzá, las respuestas afirmativas que más sobresalieron fueron: «me acepto, tal y como soy», «no tengo por qué no sentirme bien», «no

tengo ningún malestar» y «así me hizo Dios». Únicamente 6 mujeres mencionaron «no sentirse bien con su cuerpo» y cinco, «más o menos». Y entre las mujeres de Mixquiahuala resaltan las siguientes las respuestas afirmativas: «para qué renegar de lo que uno es», «no estoy tan flaca ni tan gorda», «ya bajé de peso» y «bueno, uno está completo y sano», mientras que las negativas fueron: «hay partes que no me gustan, como mi abdomen», «porque tengo kilitos de más» y «me gustaría adelgazar ciertas partes de mi cuerpo».

### *¿Modificaciones en los comportamientos alimentarios?*

Al interrogar a las entrevistadas sobre aspectos relacionados con su alimentación, en concreto con el número de comidas que acostumbran realizar en un día, se encontró que la mayoría come tres veces, por delante de las que comen dos veces al día, y solo entre las mujeres de la costa se encontraron algunas que comen cuatro veces; únicamente 11 mujeres de las tres zonas realizan una sola comida diaria. También se investigó si tienen la costumbre de «comer entre comidas», pues esta práctica, así como la anterior, es una de las causas que más atribuyen, tanto el personal médico como el público, a la obesidad. Resultados de encuestas realizadas en la Ciudad de México mencionan que una de las prácticas de riesgo más utilizadas por los jóvenes es la disminución del número de comidas al día: o no desayunan o no cenan. Sobre este punto no se encontró homogeneidad en las respuestas, ya que mientras el 48% de las mujeres en la costa y el 66% en Tzinbantzá contestaron afirmativamente, el 45 % de las mujeres de Mixquiahuala mencionaron que no acostumbran a comer fuera de las horas de comida. Estos datos no se asocian con el estado nutricional de las mujeres, y consideramos que merece especial atención.

Se profundizó también acerca del tipo de productos que consumían, especialmente los alimentos *light*, y muy pocas mujeres contestaron de forma afirmativa, correspondiendo el porcentaje más alto (20%) a las mujeres de la costa de Oaxaca y el menor a las de Tzinbantzá (Querétaro). La leche y los yogures *light* son los alimentos que más refirieron las entrevistadas consumir para «no aumentar de peso», siguiéndole las bebidas, en especial los refrescos. Es importante mencionar que dos mujeres de la costa consumen «productos para bajar de peso».

*Tabla 6. Alimentos que más engordan, según las mujeres encuestadas*

<i>Alimentos que engordan</i>	<i>Costa</i>		<i>Tzinbantzá</i>		<i>Mixquiabuala</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Industrializados (1)	80	69.5	25	61.0	44	89.8
Productos de origen animal (2)	31	27.0	11	26.8	4	8.2
Frutas y verduras	0	0	1	2.4	1	2.0
No contestaron	4	3.5	4	9.8	0	0
TOTAL	115	100.0	41	100.0	49	100

(1) Pan, galletas, dulces, por su alto contenido de azúcar y grasas.

(2) Por su contenido de grasa.

Fuente: Encuesta directa.

*Tabla 7. Alimentos que no engordan, según las mujeres encuestadas*

<i>Alimentos que no engordan</i>	<i>Costa</i>		<i>Tzinbantzá</i>		<i>Mixquiabuala</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Frutas y verduras	50	43.5	25	60.9	27	55.2
Cereales (arroz, cereales para el desayuno, pan blanco, tortilla) (1)	24	20.9	2	4.8	20	40.8
Productos de origen animal y leguminosas	16	13.9	1	2.5	1	2.0
Grasa y pan	0	0	4	9.9	1	2.0
No contestaron	25	21.7	9	21.9	0	0
TOTAL	115	100.0	41	100.0	49	100.0

(1) Porque no tiene grasa.

Fuente: Encuesta directa.

En las Tablas 6 y 7 se observan los alimentos considerados por las mujeres como los alimentos que más y que menos engordan. Las frutas y verduras resultan ser los alimentos más sanos, a diferencia de los alimentos de origen animal, que, por lo menos entre las mujeres costeñas de Oaxaca, pueden tener ambas cualidades, es decir, «engordar» (27%) y «no engordar» (13,9%). Algo parecido ocurre con el

pan, las pastas y las tortillas, pues así como son mencionados como alimentos que más engordan, también un porcentaje elevado de mujeres los mencionan como alimentos que «no engordan». Al parecer, los cereales tienen ambas cualidades, porque así como en el sector salud se dice reiteradamente que por su contenido de azúcares ocasionan sobrepeso y obesidad, en los medios de comunicación se anuncian como alimentos ricos en fibra que ayudan a bajar de peso. En suma, las grasas y los azúcares son para las mujeres entrevistadas en el medio rural, al igual que para muchas mujeres urbanas, los principales productos considerados como «enemigos públicos».

### *Reflexiones finales*

Al comparar los datos de sobrepeso y obesidad en mujeres de las zonas rurales de los tres estados seleccionados para este trabajo con los de la ENSANUT 2006, observamos lo siguiente: mientras que para el estado de Oaxaca el sobrepeso y la obesidad en mujeres mayores de 20 años fue del 49,2%, para las mujeres oaxaqueñas estudiadas en la costa fue del 55%. El promedio de estos dos padecimientos en Querétaro, según la ENSANUT, fue del 63,5%, y de acuerdo a lo registrado en este estudio, fue del 57,7%, y para el estado de Hidalgo del 65,8% a diferencia de lo encontrado en Mixquiahuala, que fue del 45,3%. Somos conscientes de que el número de mujeres pesadas y medidas es mínimo en comparación con los datos de la ENSANUT; sin embargo, pensamos que ofrece un buen panorama de la situación nutricional de las mujeres de las comunidades estudiadas.

Al interrogar a las mujeres acerca de cómo se percibían y comparar su elección con su IMC registrado, destacamos lo siguiente: la normalidad disminuye en los tres grupos de mujeres; el sobrepeso, con excepción de las mujeres hidalguenses, lo subestimaron; y por lo que se refiere a la obesidad en sus tres grados, más mujeres de la costa se percibieron con obesidad, mientras que las de Hidalgo la subestimaron. Lo anterior nos habla de que la imagen corporal, como se mencionó anteriormente, no siempre es consistente con la apariencia física real; por el contrario, en las mujeres entrevistadas resaltaron sus actitudes y valoraciones acerca de su cuerpo.

Respecto al modelo deseado, no se detectó un patrón homogéneo, pues aun cuando algunas mujeres seleccionaron las figuras con

algún grado de desnutrición, también optaron por la silueta normal y con sobrepeso. El anhelo por tener un cuerpo delgado prevaleció en las mujeres de las tres zonas; sin embargo, llama la atención que un 15% de las mujeres costeñas haya seleccionado la figura con sobrepeso.

Ser obesa, para varias de las mujeres entrevistadas, constituye un auténtico estigma social. El hecho de que las respuestas negativas de las mujeres se hayan referido más a un desagrado que a aspectos de salud habla también de la importancia que en las comunidades rurales estudiadas adquiere cada vez más el cuerpo. Aunque no se detectó en las mujeres entrevistadas una presión social que conforme un ideal de belleza femenino, se aprecia en las narraciones que existe cierta preocupación por el peso, resultado de las acciones y los discursos del personal médico y de la excesiva propaganda que existe relacionada con lo que se denomina «mercado del adelgazamiento».

No basta con registrar el IMC en mujeres y clasificarlas en desnutridas, normales y gordas, sino conocer cómo se perciben corporalmente y cuál es su ideal de cuerpo. La inclusión de estos temas en los programas de alimentación y nutrición son relevantes cuando se busca prevenir ciertos trastornos como sobrepeso, obesidad, anorexia y bulimia. Los significados que tienen para las mujeres y hombres el hecho de comer o no comer determinados alimentos o productos «buenos para transformar el cuerpo» ocupan un lugar central en la programación de las acciones o estrategias en este campo.

Es importante recalcar que la imagen corporal que cada persona tiene —en este caso, las mujeres— constituye una experiencia fundamentalmente subjetiva, y adentrarse en la subjetividad requiere partir de premisas epistemológicas y metodológicas diferentes de las que parten la mayoría de las investigaciones y acciones nutricionales y alimentarias, inmersas en el modelo médico biologicista dominante. Es necesario reflexionar acerca de esto si lo que se pretende es modificar algunas prácticas alimentarias catalogadas como de riesgo, erróneas o inadecuadas.

Por lo que respecta a la alimentación registrada entre las mujeres, el consumo de leche, yogur y bebidas *light* nos está hablando de un cambio en el comportamiento alimentario, que sin lugar a dudas merece especial atención. Analizar en qué medida la publicidad afecta a un comportamiento, esto es, adentrarnos en si es fuerte o ineficaz la

influencia de los anuncios de productos alimenticios en la televisión y en la radio —que son los principales medios de comunicación en las zonas rurales— es un tema pendiente para ser investigado por los interesados en el asunto de la alimentación y nutrición. La incorporación de nuevos alimentos entre las mujeres de las tres zonas estudiadas es un acto lleno de significados.

Por último, un tema sobre el cual queremos llamar la atención es el relativo a las figuras utilizadas, pues al igual que lo ocurrido en otros estudios, durante la aplicación de las encuestas en las tres zonas nos percatamos de que la elección de los modelos o figuras fue, en algunos casos, arbitraria. Resulta difícil extraer conclusiones definitivas por el hecho de que algunas mujeres, en las tres zonas, no se habían puesto a reflexionar sobre su cuerpo y, menos aún, habían tenido que seleccionar una figura de entre nueve modelos. Esto quedó reflejado durante las entrevistas, cuando varias mujeres mostraron asombro, sonrieron y dudaron en el momento de elegir una de las figuras. Sobre este punto tenemos dos asignaturas pendientes, como interesadas en el asunto de la percepción del cuerpo en mujeres que viven en las zonas rurales del país: primero, elaborar siluetas más afines a la realidad rural mexicana, tanto para adultos como para niños, y segundo, reestructurar los puntos de corte para clasificar sobrepeso y obesidad.

### *Bibliografía*

- ARROYO, Pedro; LORIA, Alvar; FERNÁNDEZ, Victoria; FLEGAL, Katherine; KURI, Pablo; OLAIZ, Gustavo y TAPIA, Roberto (2000) «Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult Mexicans in comparison with other large surveys». *Obesity Research*, 8 (2): 179-185.
- ÁVILA, Abelardo; SHAMAH, Tere; CHÁVEZ, Adolfo y GALINDO, Carlos (2003) *Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 2002*. México: Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.
- ÁVILA, Héctor (1999) «Condiciones de nutrición de la mujer mexicana». *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 67: 97-104.
- COLLEEN S. W., Rand and LISS RESNICK, Jaquelyn (2000) «The “Good Enough” Body Size as Judged by People of Varying Age and Weight», *Obesity Research*, 8 (4 ): 309-316.

- CRUZ, Soledad y MANGATO, C. (2002) «Alteraciones de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico». *Psiquis*, 23 (1) : 65 - 72.
- DOUGLAS, Mary. (1978) *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza Editorial.
- FERNALD, Lía; GUTIÉRREZ, Juan Pablo; NEUFELD, Lynenette; OLAIZ, Gustavo; BERTOZZI, Stefano; MIETUS-SNYDER, Michele and GERTLER, Paul (2004) «High prevalence of obesity among the poor in Mexico». *Journal of the American Medical Association*, 291 (21) : 2544-2545.
- FISCHLER, Claude (1995) «Gastro-nomía y gastro-anomía: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea». En CONTRERAS, Jesús (comp.) (2002) *Alimentación y cultura: necesidades gustos y costumbres*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- GÓMEZ, Elsa (2002) «Equidad, género y salud: retos para la acción», *Revista Panamericana de Salud*, 11 (5/6): 454-561
- GONZÁLEZ DE LEÓN, Deyanira; BERTRAN, Miriam; SALINAS, Adis Abeba; TORRE, Pilar; MORA, Fernando y PÉREZ-GIL, Sara Elena (2009) «La epidemia de Obesidad y las mujeres». *Revista Género y Salud en Cifras*, Vol. 7(1): 17-29.
- GONZÁLEZ, Carlos y STERN, Mario (1993) «La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta». *Revista de Investigación Clínica*, 45 (1): 13-21.
- GRACIA, Mabel (2005) «Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas». *Revista Internacional de Sociología*, 40: 140-182.
- GRACIA, Mabel (2006) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (1995) *Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 1995*. México: Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.
- MERINO, Hipólito; POMBO, MG y GÓDAS, A. (2001) «Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes». *Psicothema* , 13 (4): 539-545.
- OLAIZ, Gustavo; ROJAS, Rosalba; BARQUERA, Simón; SHAMAH, Tere; AGUILA, C.; CRAVIOTO, Patricia; LÓPEZ, María de la Paz; HERNÁNDEZ, Mauricio; TAPIA, Roberto y SEPÚLVEDA, Jaime (2003) *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. Cuernavaca, México: Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.

- OLAIZ, Gustavo; RIVERA, Juan; SHAMAH, Tere; ROJAS, Rosalba; VILLALPANDO, Salvador; HERNÁNDEZ, Mauricio y SEPÚLVEDA, Jaime (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.
- PÉREZ-GIL, Sara Elena; VEGA, Amaranta y ROMERO, Gabriela (2007) «Alimentación de mujeres en una zona rural: ¿existe una nueva percepción del cuerpo?». *Revista Salud Pública de México*, 49 (1) : 52-62.
- PÉREZ-GIL, Sara Elena y ROMERO, Gabriela (2008) «Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica». *Revista de Estudios Sociales*, XVI (32): 79-111.
- PERPIÑÁ, Conxa y BAÑOS, Rosa María (1990) «Distorsión de la imagen corporal. Un estudio en adolescentes». *Anales de Psicología*, 6 (1): 1-9.
- SCHILDER, Paul (1950) *The image and appearance of the human body*. New York: Int Univ Press.
- THOMPSON, Joel Kevin (1990) *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- TORO, Josep (1987) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- UNIKEL, Claudia; VILLATORO, Jorge Ameth; MEDINA-MORA, María Elena; FLEÍZ, Clara; ALCANTAR, Eva Naty y HERNÁNDEZ, Suahily Abigail (2000) «Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal». *Revista de Investigación Clínica*, 52: 140-147.

## SABERES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS



## FOME EM BRASIL: UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO

Maria do Carmo Soares de Freitas<sup>1</sup>

*Resumo: Este é um estudo etnográfico sobre a fome crônica em um bairro popular da cidade do Salvador, Brasil. A fome crônica é resultante da extrema desigualdade socioeconômica e possui distintos significados no contexto social e no mundo particular das pessoas que vivenciam este fenômeno no cotidiano. O estudo analisa significados e valores simbólicos da fome pelos famintos. Para eles, a fome é um ente externo ao corpo, um fantasma horripilante que ameaça a vida. Do biológico ao cultural, a fome é analisada com recursos da hermenêutica e da semiótica, para compreender os sentidos de viver esta condição no dia-dia.*

*Palavras chaves: Fome crônica no Brasil; etnografia da fome; narrativas sobre fome.*

*Abstract: This is an ethnographic study about chronic hunger in a poor neighborhood of the city of Salvador, Brazil. Chronic hunger results from the extreme socioeconomic inequality and has different meanings within the social context and the private world of people who experience this phenomenon in everyday life. The study examines meanings and symbolic values of these who experience hunger. For them, hunger is an entity external to the body, a horrifying life-threatening ghost. From a biological to cultural approach, hunger is analyzed with the resources of hermeneutics and semiotics, to understand the meaning of living with this condition day by day.*

*Keywords: Chronic hunger in Brazil; ethnography of hunger; narratives about hunger.*

<sup>1</sup> Nutricionista Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Brasil.

A fome é uma manifestação física que surge com a formação das sociedades de classes (Castro, 1980). Na realidade, a geopolítica da fome encontra-se, desde muito, demarcada em países cujas histórias sociais registram a exploração e a dominação dos mercados externos. No caso da América Latina desde a década de 1950 (à exceção de Cuba), o aumento do número de famintos está relacionado à instabilidade econômica, a seca de créditos e a queda do poder aquisitivo da maioria da população, condição esta que estimulou a indústria nacional para aderir às orientações políticas do mercado financeiro internacional. Essa estratégia foi decisiva para impor um novo modelo de desenvolvimento apoiado na concentração da renda, em nome da liberdade do comércio ou do movimento dos capitais. Desse modo, os conselhos e as cartas de intenções dos fundos bancários internacionais não só proporcionaram empréstimos aos países latinos americanos, como subordinaram suas políticas internas. Para Pierre Bourdieu (1998), o «neoliberalismo», no âmbito internacional, como um modelo de desenvolvimento adotado desde o início dos anos 90, impõe um programa de destruição metódica dos projetos coletivos a partir da individualização dos salários e de um conjunto de técnicas que enfraquece ou abole a solidariedade coletiva. A solidariedade passa a ser um sentimento subversivo à nova ordem «neoliberal». Essa nova reorientação econômica, colocada sob o signo da liberdade, é, com efeito, uma violência estrutural, que subordina os estados nacionais às exigências das liberdades econômicas, suprime todas as leis de trabalho e de mercado, interdita *déficits* e inflações, privatiza serviços públicos e, sobretudo, reduz vertiginosamente as despesas públicas e sociais (Bourdieu, 1998).

Na América Latina se verificam acentuados contrastes entre pobreza e riqueza, apesar das projeções do aumento médio dos Produtos Internos Brutos. E o nordeste brasileiro é o lugar que continua abrigando a fome endêmica de modo tão dramático quanto às áreas mais pobres da África (Roy, 1994).

As reformas de ajustes estruturais, discutidas no Programa das Nações Unidas, para assegurar um desenvolvimento na esfera da política global, têm oferecido impactos sociais negativos em vários países. Particularmente no caso brasileiro, essas medidas prescreveram privatizações de setores importantes desde 1997, o fim das barreiras

comerciais, e também trouxe políticas recessivas e arrocho salarial, afetando a qualidade de vida da maioria da população (Mello, 1997).

A degradação social dentro dos setores mais pobres da sociedade é um fenômeno visível do agravamento produzido por um modelo estrutural de economia que mantém a alta capitalização no campo e a industrialização com uma geração menor de empregos. De maneira geral, no Brasil, ao longo de todos os processos históricos, os projetos governamentais, na trajetória da constituição de uma sociedade e de uma identidade nacional, nunca deram respostas significativas à questão da fome. As políticas de combate à fome e a desnutrição, sempre foram dispersas, sem definições claras e subordinadas, quase sempre, à reorientação dos investimentos internos e ao incremento de políticas econômicas comprometidas com o mercado externo (CPI, 1991).

A fome crônica e coletiva no Brasil é uma produção histórica que possui distintos significados, tanto no contexto mais amplo da sociedade como no universo particular das pessoas que vivenciam este fenômeno no cotidiano. A fome crônica que me refiro é distinta daquela dos campos de concentração, das guerras e das catástrofes climáticas. Na nossa sociedade (e em outras, semelhantes) a fome se concentra em pessoas condenadas à incerteza de sobreviver desde a mais tenra idade. É um produto direto da desigualdade social. Uma perversão social, definida por processos de exclusão, que se revelam em cada contexto de dominação política e econômica.

A fome no Brasil está relacionada, principalmente, à desarticulação da produção rural e ao processo de concentração urbana de pessoas que não têm condições materiais de acesso às fontes de suprimentos. Documentos falam de 52 milhões de famintos em Brasil. Trata-se do número de pessoas que vivem com menos que um salário mínimo nacional (IPEA, 2003).

O atraso econômico e social tem subjacente o modo particular de conceber a relação capital trabalho e as formas de sobreviver associadas às carências de políticas sociais. No norte e no nordeste do Brasil, entretanto, são onde se concentram os brasileiros mais pobres e famintos, e também os milionários projetos agrícolas de capital estrangeiro, em meio aos intensos conflitos de terra entre trabalhadores e fazendeiros.

Mesmo com o recente crescimento econômico do país, ainda se observa altos índices de desigualdades de renda por região. Entre

1995 e 2008 houve uma redução significativa em relação aos índices de pobreza absoluta e da miséria de 43,4% para 28,8%. Na região nordeste, no ano de 2008 o percentual de população nestas condições foi de aproximadamente 70% sendo na Bahia 44,1% (IPEA, 2009).

Este estudo etnográfico (conforme, Geertz, 1989) em um bairro popular da cidade de Salvador, Bahia, nordeste de Brasil, buscou compreender significados e valores simbólicos da fome permanentemente inscritos na vida dos famintos. Estes, que revelam a falta de esperança em mudar o estado de miséria e tentam interpretá-lo em suas próprias visões de mundo. Falar deste tema é discorrer sobre uma modalidade de genocídio, uma realidade em que a cena da morte está predita pela falta material e destinada ao cotidiano extremado de pobreza e violência. Situada no umbral entre vida e morte, a fome é difícil de ser descrita pelos que não a vivenciam, pois, a fome não é apenas uma sensação individual da necessidade de alimentos, mas também, é uma condição que ameaça a vida pela permanente dificuldade em garantir alimentos no cotidiano.

Como pude analisar quem vive esse tipo de fome, necessita de ideologias que se traduzam em estratégias de sobrevivência. Os famintos se cercam de conhecimentos inspirados em experiências envoltas em redes de relações míticas, em busca de uma aproximação explicativa para a vida em meio à violência, a droga, ao desemprego e outras situações sociais.

Os efeitos dessa qualidade de vida revelam principalmente nos jovens das camadas populares, novos modos de expressão da exclusão e de violência urbana que preenchem o vazio de um cotidiano sem escolaridade e sem quaisquer expectativas de melhoria da vida. No cenário urbano, a geografia da exclusão social vai transpondo limites e conferindo uma cultura de viver de modo violento.

Os moradores desenvolvem formas de sobreviver ao cotidiano nas quais se combinam miséria e cheiros que exalam dos esgotos abertos e do lixo. As humilhações das precárias condições materiais e as insistentes proximidades com a morte, pelas constantes ameaças de adoecimento e violência, pressupõem formas próprias de sociabilidade e de expressão. Sua população com mais de 3.000 pessoas migraram do campo e de outras favelas por disputas de tráfico de drogas.

Neste estudo, busquei aproximar-me de um olhar intertextual sobre a fome, e descrevo o fenômeno na intersubjetividade, num mundo

cujas representações e significados são compartilhados entre os que vivem semelhantes condições. Transito no campo da interdisciplinaridade, com a história, a sociologia e a antropologia, para contextualizar o novelo de significações do sentido de corpo faminto, no bairro escolhido para este estudo.

Na sua experiência, o faminto elege e seleciona, formando um conjunto de sensações que se inter-relacionam para atribuir significados ao seu corpo no mundo. E a experiência perceptiva do faminto, no seu habitual, não se esgota na simplificação objetivada da sensação fisiológica da fome. Em este estudo, os sentidos são, também, outros. Pois, a automatização do cotidiano nem sempre o deixa perceber a carência alimentar crônica em seu próprio corpo, e, aparentemente, o habitual lhe basta.

Assim, para se perceber, percebendo-se como um faminto, ele interpreta certas sensações do corpo inscritas em sua história individual, como um conhecimento capaz de distinguir sensações adquiridas junto aos seus semelhantes. Logo, imbuído de sua tradição perceptiva, o faminto nem sempre se interroga sobre sua condição social e nem fala sobre sua fome. As percepções da fome pelos famintos são produções socioculturais, não se restringem às designações agenciadas pela clínica e a epidemiologia como desnutrição. As representações dos famintos no bairro expressam dimensões antropro-sociais deste fenômeno.

Para os famintos do bairro, a ameaça da fome é visualizada como um fantasma, que anda colada à experiência dos atores. Esse é um aspecto analisado, por implicar contradições sobre as interpretações da fome destes moradores. Trata-se de um indicativo do fenômeno, que independe da renda ou da constituição física do corpo. *O sujeito inserido no contexto social, mesmo sem apresentar sinais orgânicos de fome, continua a pensar e a manter uma relação com o alimento como um faminto.* Do biológico ao cultural, a fome é compreendida no bojo dos diversos elementos que mediam a sua própria lógica cultural, os quais, por sua vez, se mesclam no plano das relações sociais.

Com os recursos da hermenêutica e da semiótica, interpreto suas falas, seus códigos e gestos para uma compreensão mínima do fenômeno na sua dimensão sociocultural (Gadamer, 1999; Barthes, 1992).

No processo interpretativo, a relação causa/efeito da fome é visualizada pelos famintos quase sempre de modo difuso, num tempo/

espaço imaginado e no real, sendo essas as instâncias onde o corpo propriamente decide e age sobre o fenômeno. Tal relação conduz a outra: a que trata a fome como uma manifestação situada em espaços *fora e dentro do corpo*.

Entre os moradores estudados, os que têm maior escolaridade que os demais, em geral, entendem a fome como um produto da ausência de políticas sociais. Para estes, noto nitidamente um sentimento de vergonha pela situação de fome, negando esse fenômeno em seu próprio corpo. Outros, com pouca ou nenhuma escolaridade, em geral, interpretam o problema como um ente alegórico, que quase sempre ameaça a sobrevivência. Para estes, é «preciso tirar a vergonha da cara para conseguir comer» ou, como me disse outra faminta: «não tenho vergonha de catar do lixo, porque pior é roubar».

O que é significativo para um faminto nem sempre é para um outro, na mesma realidade social. Pois, em cada contexto particular, cada um sente a fome crônica de modo singular, com sua própria percepção e constroem significados específicos, engendrando um texto igualmente específico para a compreensão da fome. Nessa atitude, o sujeito se volta para si mesmo e percebe-se faminto, uma ação que o centra na cena objetiva.

A narrativa traz do processo investigante, dois indicativos gerais, descritivos como experiências que repousam em específicos contextos.

Com isso, constato que o termo fome aparece na fala de mulheres e homens de diferentes unidades domésticas. São pessoas que em algum momento de suas vidas lutaram por melhorias da qualidade de vida no bairro, foram membros ativos da Federação das Associações de Bairros de Salvador e anunciam a palavra fome nos quadros de um contexto social e político, de modo claro, para uma compreensão objetiva desse fenômeno na sociedade e, em especial, no bairro onde habitam. Mas, ao tratar do tema em relação aos seus corpos e dos membros de suas famílias, o termo se apaga.

A palavra fome também aparece de forma explícita na fala dos jovens do bairro, principalmente os envolvidos no tráfico de drogas. Referem-na como um sentido de morte, e a associam às experiências vividas nas suas infâncias e à condição econômica.

O termo fome, entretanto, não aparece nos discursos de outros moradores. Como um tabu lingüístico, a palavra fome encontra-se velada, e substituída por símbolos, por mitos. Sobre esse aspecto, exami-

no o inominável, as formas que não conheço, as que se apresentam como terríficas aos meus olhos.

Condenados a significar, os enunciadores revelam os sentidos de sua fome com o recuso de metáforas e usam gestos, sinais, em lugar da palavra. Com isso, entendo que não há uma negação da condição faminta, mas uma tentativa de distanciamento. O sentido próprio do termo é tomado como um caráter de entidade, mas, em momento algum, há uma ausência do ator no palco. Permanece o sujeito a dialogar com seus objetos e a sentir a fome conforme suas crenças.

Sem qualquer exceção, os sujeitos se interpretam e movem-se para enfrentar a fome do dia a dia, inspirados em valores culturais que caracterizam as variedades de sentidos percebidos. Os símbolos da fome, colados às condições sócio-econômicas, são legitimados entre as diferentes maneiras de sentir o problema.

O faminto age no campo de significações de sua realidade com expressões polissêmicas ou simbólicas, para compreender-se faminto em sua existência. Nesse movimento reflexivo, ele dá sentido a qualquer que seja a sua ação para garantir seu alimento.

A recorrência do faminto a um sentido ou a outro situa a interioridade de um mundo que ele conhece e reproduz para a exterioridade do mundo real, a sociedade. Dessa maneira, os sentidos de fome levam-no ao confronto entre esses dois mundos, aparentemente separados. Nesse testemunho, ele não estranha o mundo, conhece-o e o reconstitui para continuar confrontando-se e sentir-se vivo.

O que parece ser um distanciamento da fome é, de fato, uma apropriação, porque o sujeito não escapa da ameaça e agencia sua fome no mundo abrindo um limite, no horizonte, para si mesmo. A fome é a sua maior adversária, a que o envolve em sua análise da mundaneidade, que o faz sentir-se frágil ou fortalecido para agir, num tempo e num espaço definido.

Aquele que se diz no tempo presente, atual, e sabe ganhar dinheiro despreza as pessoas que 'dão duro' e ganham o salário mínimo. Do desprezo dessas pessoas 'normais' para com os 'otários' nasce numa oposição clara, mas com um forte elo entre ambos: a perseguição. Sentem-se perseguidos, ou pela polícia ou pela fome. Ao mesmo tempo, o ponto de encontro é que ambos estão presos ao medo da fome. Desse segundo sentido, o fenômeno se desdobra em personagens imagéticos não humanos e coadjuvantes, na mesma trama da sobrevivência.

Ser forte e ser fraco significam respectivamente, coragem e covardia. Representações opostas, que possuem um elo que se encontra na presença-ausência de fome e vice-versa. Nesse conflito, não há uma negação da fome para aquele que se sente forte, mas uma necessidade de devolver ao outro a imagem que não quer ver ou sentir (as imagens fantasmagóricas da fome). Daí porque o forte se espelha no frágil, e essa é a qualidade que o atrai. A força pertence ao sujeito que tenta afastar a fome de sua porta (mente, corpo), e o oposto o que sucumbe.

*Para os que nunca tiveram alimentos em suficiência, a tendência pessoal é ver «coisas», (fome). O reconhecimento é dado como um signo da maldição, que habita fora do seu próprio corpo.*

Ao privilegiar o subjetivo, entendo que o sentido da *espera* da fome é parte do ritual alimentar cotidiano. Na vivência de fome, o sujeito é tomado pela representação da espera e da retenção, quando os sentidos estão no palco e são percebidos para serem explorados e explicados entre seus semelhantes.

O fundamental para o faminto é tornar crível para si e para outros, a fome que não quer ver e, portanto, não quer sentir. É nesse quadro que o fenômeno toma formas e sentidos para dar uma compreensão da cultura, a qual os sujeitos se reconhecem e se apóiam.

No tempo da noite, quando as crianças choram ou a violência assusta ainda mais, são produzidas insônias e visões. No sombrio das condições de vida, a significação de uma fome noturna justifica as percepções manifestas. Esse tempo provisório e diário age como coadjuvante do sentido de fome, e perpetua a insegurança da sobrevivência. Significa que «não há sossego na madrugada da favela», mesmo quando os medos parecem arrefecidos com uma refeição e apagam-se provisoriamente. Mas, não há como se afastar da fome, pois ela está interligada aos outros temas de seus cotidianos e de suas histórias de vida, de suas identidades de fome. Como vimos, o princípio organizador desses e de outros significantes, recorre a outros sentidos aportados na persistente carência material. Não será então, somente no escuro da noite ou do beco onde se matam os devedores do crack, que as entidades imagéticas da fome vêm assombrar os famintos..

As metáforas da fome não são ilusões dos famintos, mas os efeitos dos seus sentidos. Significantes estes que se associam a outros fenômenos, cuja conexão, a fome pode manifestar-se como um ente que

«sacode a porta» para significar a aflição crônica do desemprego, da falta de dinheiro para o leite da criança etc.

*A produção sobrenatural de qualidade maligna (uma criatura, um diabo, um vento, a peste, a fera com dentes, etc.) funciona como um ponto de passagem da consciência para redefinir a existência faminta.* O ente não é uma alegoria solta no vazio, mas uma interpretação que torna autêntica a fome anunciada.

As condições de vida se mesclam, e conferem uma intertextualidade do fenômeno no plano da realidade, como se o real e o quase real estivessem em permanente correspondência. Os diferentes sujeitos têm seus horizontes interligados, numa mesma base semântica, o que significa que, ninguém escapa ao sentido de fome. Em outros termos, quem experimentou a condição concreta de fome e continua convivendo com semelhantes processos, sentirá sempre o registro da fome em seu íntimo, como um dado que se endereça à formação de uma cultura de fome, presente no bairro.

Entretanto, cada ator reflete seus contextos e diferenciam os sentidos de totalidade. Nessas reflexões, há os que se percebem distintos uns dos outros, e definem a fome como um fenômeno alheio e contagiante. Nesse ponto, a referência de fome está no outro que o ameaça com seus sentidos, como um contágio, nomeado peste, e essa que pode ser também, a droga (comércio e ou consumo).

A fome perdura sem repouso em todas as pessoas do lugar, com tipificações diversas... O sujeito é sensitivo à ameaça de fome, o que faz se perceber faminto, mesmo diante da presença provisória do alimento.

Para suportar a sobrevivência, os famintos nem sempre refletem a importância do peso corporal como um problema de saúde. Magreza e obesidade são condições próprias da natureza da pessoa, e nem sempre percebidas como processos de doença.

A desnutrição, por exemplo, pode ser interpretada, enquanto uma condição advinda de contágios ou não, de crenças, como o mal do olhado, ou um destino da criança. E a perda severa de peso, torna-se a encarnação de uma fábula. Romãozinho surge, então, como a intencionalidade de seus receptores, para explicar e justificar uma ação que vem de fora do corpo.

Nessa descoberta, não há como se abrigar do modelo dessa trama e nem se questiona os limites entre o real e o imaginário, o corpo e o

espírito. As duas noções se confundem para que a fome como fábula possa agir e interferir na fome-real. Romãozinho (um dos demônios da fome) se apossa da cena da desnutrição, e o sentido físico de fome abraça outro idioma, ou seja, uma elaboração global da significação da fome e não somente uma desnutrição da criança.

Dessa imanência, a fome é tematizada no medo de passar fome. Uma semântica que se interpõe ao sujeito para lhe exigir o envolvimento em muitas direções. E sobre isso, a entrada de alguns moradores no comércio de drogas, funciona como uma *fuga da fome*, ainda que esta entidade continue convivendo com eles. *O medo da fome está no medo concreto do viver*, com o desemprego e a baixa condição econômica, situação que intimida o sujeito ao confronto de seus sentidos. Assim, o faminto do bairro, em Salvador, Bahia, Brasil, vive sua realidade, não se afasta do esperado, nem estranha sua fome.

Não tem como fugir «dela» (a fome). Não tem pra onde correr que ela pega. Falar de fome é triste. Dá vergonha na gente. Ninguém quer falar disso, nem dentro de casa se pode falar nisso (famintos do bairro).

### Referências

- BARTHES, R. S/Z - *Uma análise da novela Sarrasine de Honoré de Balzac*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. Trad. L. Novaes, 1992.
- BOURDIEU, P. «L'essence du neoliberalisme». *Le Monde Diplomatique*. Paris, p. 3, mar. 1998.
- CASTRO, J. *Geografia da Fome*. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares, 1980.
- CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a fome. *Projeto de Resolução n. 84*; 1991. Brasília: Câmara de Deputados Federais.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - *Relatório*, Brasília, DF. 2003
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - *Observatório: Desigualdade e Pobreza no Brasil Metropolitano*, Brasília, DF. 2009.
- MELLO, F. Inesc: Informativo, 73 Brasília, abr. 1997.
- GEERTZ, C.A *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 1989.
- GADAMER, HG. *Verdade e Método*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Trad. Flavio Meurer, 1999.

ALIMENTANDO LA INCERTIDUMBRE: EL PAPEL DE LA DIETA  
EN LA CONSTRUCCIÓN LEGA DE LA FIBROMIALGIA

Beatriz Tosal Herrero

*Universidad Miguel Hernández*

*San Juan de Alicante*

*Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología*

*Campus de Sant Joan*

*Ctra/Nacional N-332 s/n, Sant Joan, CP.03550, Alicante, España*

*btosal@umb.es*

*Resumen: La dieta se ha convertido en una expresión de la autoridad médica sobre la forma correcta de actuar en diversas enfermedades. Sin embargo, en la fibromialgia, la dieta tiene un papel periférico desde la perspectiva médica, a pesar de que, para los afectados, resulta central para el control de los síntomas. En este texto analizaremos de qué forma utilizan los enfermos el seguimiento de diversas pautas dietéticas para reducir la incertidumbre sobre la enfermedad y migrar hacia otro diagnóstico.*

*Palabras clave: Fibromialgia, síndrome de sensibilidad química múltiple, dieta, paciente experto, paciente informado.*

*Abstract: Today the diet has turn into an expression of the medical authority on the right way to care a variety of diseases. This is not the case of fibromyalgia. From the medical point of view the diet has a peripheral role in this disease. On the contrary, for those affected by fibromyalgia it has a central role to control the symptoms. In this chapter I will analyze how to follow the diverse dietary guidelines is used for those suffering fibromyalgia to reduce the uncertainty produced by the disease and change to the diagnosis of other diseases.*

*Keywords: Fibromyalgia, diet, Multiple Chemical Sensitivity, expert patient, informed patient.*

### *Introducción*

El gran éxito de la biomedicina, lo que ha permitido su incesante expansión profesional y simbólica y su conversión en el marco de referencia de explicación de la experiencia humana, se encuentra en la capacidad que ha tenido para mostrar a los individuos cómo deben entender, regular y experimentar su cuerpo, es decir, para convertir la mirada clínica en la mirada social e intersubjetiva del cuerpo. La medicina ha establecido, de este modo, la manera de entender las medidas terapéuticas y preventivas frente a la enfermedad, no solo para los profesionales sanitarios sino para el conjunto de la población (Foucault, 1978).

En este contexto, la dieta forma parte del discurso médico sobre los estilos de vida considerados fundamentales en el mantenimiento de la salud, y ha sido asumida por la población, en el contexto de la biomedicalización, como una responsabilidad moral individual<sup>1</sup>.

Existe una larga tradición en biomedicina a la hora de proveer de información y consejos sobre la cantidad y la composición de la comida sana, lo que, junto con la regulación del peso y la prevención de las enfermedades, ha contribuido a privilegiar las funciones de los alimentos en el discurso médico (Gracia, 2007). Esta situación ha llevado a la medicina a convertirse en el principal referente, y el único legitimado de forma mayoritaria, sobre el comportamiento dietético correcto.

Pero no solo ha sido importante la interiorización por parte de la población de la dieta como un comportamiento preventivo. La divulgación del papel etiopatogénico de algunos alimentos o sustancias presentes en los mismos, así como de la utilidad de la dieta como medida terapéutica, también ha permeabilizado el discurso lego.

<sup>1</sup> La biomedicalización hace referencia a la forma en que se ha transformado la producción, el tratamiento informativo, la distribución y el consumo del conocimiento biomédico, y a su influencia en las nuevas formas de considerar los procesos corporales que transforman las identidades y subjetividades de los individuos y grupos sociales. El proceso de biomedicalización de la sociedad ha generado una dependencia de la biomedicina para entender, gestionar y legitimar la enfermedad y la corporalidad, pero, al mismo tiempo, la interiorización del discurso médico hace que se lleve más allá del contexto de la propia medicina para pasar a formar parte de la cotidianidad (Clarke, Shim, Mamo *et alii*, 2003).

Por lo general se relaciona la modificación de los hábitos dietéticos, cuando forma parte del encuentro clínico, con la autoridad médica (Gracia, 2007), y se presenta su prescripción como un elemento que genera tensión en la relación médico-paciente (Ferzacca, 2008). Sin embargo, en el caso de la fibromialgia ocurre la situación contraria. Así, mientras en la mayoría de los casos la imposición médica de una prácticas dietéticas, restricciones, etc., se considera la piedra angular del tratamiento dentro del discurso médico —aunque existan problemas para su cumplimiento por parte de los pacientes—, en la fibromialgia —dentro del discurso biomédico dominante— la dieta tiene un papel periférico, tanto en la etiología como en el tratamiento de la enfermedad, si bien la existencia de otros discursos expertos que la consideran fundamental en el control de los síntomas «alimenta» su uso entre los afectados.

Esta situación nos sirve para analizar cómo el discurso médico de la dieta como terapia es reutilizado por otros expertos y por los enfermos de fibromialgia en su construcción de la enfermedad. La dieta puede servir para reducir la incertidumbre de los enfermos sobre el tratamiento de la enfermedad, para generar hipótesis orgánicas sobre la misma y como estrategia para migrar, al menos desde el autodiagnóstico, hacia categorías diagnósticas nuevas, como la intolerancia alimentaria o el síndrome de sensibilidad química múltiple.

Por otro lado, la proliferación de discursos expertos en torno a la dieta en el caso de la fibromialgia puede ser visto como una estrategia de expansión profesional de una especialidad emergente, la nutrición, que busca hueco en el tratamiento del síndrome utilizando un discurso que compete con el «oficial» propuesto por la reumatología.

*Conocimientos sólidos, incertidumbres nuevas. La reapropiación por los pacientes de los discursos sobre dieta y enfermedad en el contexto de la fibromialgia*

La fibromialgia es una condición, catalogada como reumatológica, que se describe como un síndrome crónico de etiología no conocida, un proceso doloroso difuso no articular que afecta a los músculos y que se asocia típicamente con fatiga persistente, sueño no reparador y rigidez generalizada, y que con frecuencia se acompaña de otros síntomas corporales. Los criterios que se utilizan para su diagnóstico

son la existencia de un dolor difuso presente, como mínimo, durante tres meses; la palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles, y la exclusión de alteraciones analíticas y radiográficas (VV. AA., 1993).

El hecho de que sea una enfermedad sin etiología y tratamiento claro, que no esté delimitada a ningún órgano en especial, que no pueda ser diagnosticada de manera efectiva, su dificultad a la hora de tratarla y la psicologización de sus síntomas la convierten en una entidad controvertida y enigmática dentro de la medicina (Honkasalo, 2001; Asbring, 2002; Werner, 2003).

Por ello, el diagnóstico de fibromialgia sume al enfermo en la incertidumbre. Esta situación genera la búsqueda de una explicación para sus síntomas y una solución para sus problemas fuera del ámbito de la reumatología, en la que la dieta tendrá un papel relevante por diversos motivos. Por un lado, porque el itinerario terapéutico posterior al diagnóstico incluye a otros profesionales o expertos, muchos de los cuales incluyen entre sus terapias la dieta. Por otro, porque la información que circula entre los pacientes y la que se obtiene a través de las asociaciones de enfermos<sup>2</sup> se centra, en muchos casos, en los consejos dietéticos, y estimula también la aparición de explicaciones sobre el lugar que ocupa la alimentación en la fibromialgia.

Todos estos discursos, que parten de profesionales y otros expertos, tienen repercusión en la percepción por parte de los enfermos de sus síntomas, ya que, en la base de los mismos, se encuentran elementos consolidados por la propia medicina en su divulgación sobre la composición de la dieta considerada sana y en la relación existente entre dieta y enfermedad. Así, abonan el terreno para el surgimiento e identificación con este tipo de hipótesis.

2 La incertidumbre sobre el síndrome y la invisibilidad y deslegitimación médica del mismo han favorecido la formación de una comunidad de soporte que incluye desde los libros de autoayuda a los grupos de ayuda mutua locales, las asociaciones de enfermos de carácter regional y nacional, las páginas de internet o los foros de enfermos. Esta comunidad de soporte, más o menos formal, sirve de recurso para afirmar la realidad de sus síntomas, favoreciendo la inclusión de síntomas no considerados por la reumatología, y para facilitar la construcción de su propia identidad como enfermos, dotándoles de conocimientos sobre la enfermedad y el alivio el control de los síntomas (Barker, 2002; Packard, Brown, Berkelman *et alii*, 2004).

Entre los conocimientos que emanan del discurso médico y que ya han sido apropiados por los individuos se encuentran, junto con la necesidad de mantener una dieta equilibrada, la importancia de las vitaminas, los minerales y, más recientemente, de los antioxidantes, en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad (Nichter, Thompson, 2006). También el desarrollo del concepto de alergia, en general, y alergia alimentaria en particular, que se ha normalizado en la población, sobre todo a partir de la expansión de las pruebas de alergia (Jackson, 2006; Nelson, Ogden, 2008). Por otro lado, las cuestiones sobre el origen de la comida y la tecnología, así como las controversias científicas y políticas que estas han generado, también han extendido entre la población la percepción de la inseguridad alimentaria (Gracia, 2004).

### *Pacientes informados y discursos en red*

Puede realizarse un análisis sobre la producción de conocimiento con respecto a la importancia de la dieta en el control de los síntomas, a las hipótesis etiológicas de la enfermedad que se desprenden de las diferentes dietas, y a los cambios que, a partir de esas hipótesis etiológicas, se producen en el conocimiento de la enfermedad y en la identidad de los enfermos, a través del discurso aparecido en páginas web de las asociaciones de enfermos de fibromialgia, así como en diversas páginas de profesionales y foros de internet relacionados con la enfermedad.

La elección de internet como escenario para el estudio de los discursos de los enfermos sobre la importancia de la dieta en la génesis y el control de la fibromialgia se debe a que la red es un lugar de producción de discursos en cuya construcción y divulgación participan los individuos, y a la vez un espacio en donde estos discursos son reinterpretados (Miles, 2008). Estas narrativas públicas a las que tienen acceso los enfermos les permiten situarse a sí mismos, dar sentido a sus síntomas y a sus experiencias, y sirven como recurso en la formación de una identidad colectiva, en este caso como enfermos (Barker, 2002).

Por otro lado, internet es un ámbito que facilita la representatividad de otras opciones terapéuticas diferentes a las biomédicas, por lo

que se convierte en un escenario de elección para estudiar el pluralismo médico<sup>3</sup>.

El uso de internet por los legos se inscribe dentro de la noción del paciente informado. Este término, junto con el de paciente experto, ha sido objeto de un amplio debate entre los científicos sociales. Es un concepto que surgió al estudiar la interacción entre médicos y pacientes. Dentro de ese contexto, se ha considerado que la adquisición de información por parte de los pacientes repercutiría en una relación menos asimétrica con los profesionales. Frente a esta posición, algunos autores han planteado que, a escala empírica, esto no ocurre, ya que, por un lado, los pacientes tienen muy poco margen de actuación durante el encuentro con los profesionales y, por otro, los propios pacientes prefieren descargar la responsabilidad sobre la información y la toma de decisiones en aquellos. Por otro lado, la búsqueda de información sobre salud se puede considerar fuera del ámbito de la relación médico-paciente. Vista de esta manera, se considera el reflejo del contexto sociocultural actual, donde la búsqueda de información forma parte de todas las esferas de la vida. En este sentido, la búsqueda de información sobre la salud se asienta en el escepticismo y la reflexión propios de la modernidad tardía. En este caso, la supuesta reflexión como consecuencia del acceso a la información también contrasta con los estudios empíricos, realizados dentro del ámbito de la salud, que muestran que los pacientes, aunque se informen, raramente llegan a ser consumidores reflexivos o expertos. Por tanto, el debate se traslada a si el individuo tiene capacidad de elección sobre su salud y si esta se incrementa con el acceso a la información (Kivits, 2004).

Desde esta perspectiva, las razones que inducirían a la búsqueda de información sobre salud en internet tendrían que ver, a grandes rasgos, con las deficiencias percibidas en la comunicación con los médicos y la necesidad de personalizar y dar sentido a la experiencia de enfermedad<sup>4</sup>.

3 Esto no supone que todas las opciones terapéuticas tengan el mismo grado de representación en internet. La mayoría de los estudios muestran que, también en este contexto, la biomedicina es la opción más presente (Broom, Tovey, 2008).

4 Parte de los pacientes que buscan en internet lo hacen porque, o bien no han entendido la información que le ha proporcionado el médico, o bien porque les parece

*Discursos expertos en red. De los lugares comunes a la «inducción» a la toxicidad alimentaria*

En el discurso dominante sobre la fibromialgia, la mención a la dieta es anecdótica tanto en los textos como en las consultas de reumatología<sup>5</sup>. Las pocas referencias a la misma se hacen en el contexto de la educación sanitaria genérica sobre estilos de vida saludables. En líneas generales, se dan consejos sobre la necesidad de mantener una dieta equilibrada común, en muchos casos, al de otras enfermedades reumáticas.

Sin embargo, este no es el único discurso que se propugna desde el ámbito profesional. Existen otros discursos expertos que, aunque minoritarios desde el punto de vista de la producción y de la representación del conocimiento biomédico sobre la fibromialgia, contemplan la dieta como «terapia», de forma única o como tratamiento coadyuvante en el control de los síntomas fibromiálgicos.

Entre estos discursos expertos se encuentran, fundamentalmente, el discurso de los nutricionistas —bien como profesionales ligados a

insuficiente y no adaptada a sus necesidades, o bien porque no están de acuerdo con la información. Por tanto, en cierta medida la búsqueda de información en internet surge como una estrategia paliativa ante una comunicación deficiente con los profesionales. La búsqueda en internet permite contrastar el diagnóstico, obtener información individualizada y personalizada de acuerdo con su propia experiencia de la enfermedad. Además, se considera como una dimensión más de la autoatención. Por otro lado, aunque los recursos en internet son varios, los pacientes informados no se limitan a la búsqueda en uno y son escépticos con la calidad de la información de la red en general. Por ello, lo que buscan, en la mayoría de los casos, son recursos médicos y profesionales (o de otros profesionales/expertos). Esto se produce porque, fundamentalmente, la búsqueda de información en internet se utiliza para reafirmar la validez de la «verdad» médica. Esto supone que el diagnóstico médico es el punto de partida y tiene una renovada relevancia en las búsquedas (Kivits, 2004; Broom, Tovey, 2008). Por tanto, más que pacientes expertos habría pacientes que tienen un conocimiento sobre su enfermedad basado en la experiencia. La búsqueda en internet, más que un cambio en la autoridad en la relación médico-paciente, proporciona congruencia entre la experiencia cotidiana del paciente y el diagnóstico médico (Prior, 2003) y puede ser vista como el resultado del proceso de biomedicalización (Barker, 2008; Broom, Tovey, 2008).

5 En la base de datos FSTA (*Food, Science and Technology Abstracts*), específica en alimentación, solo aparecen dos registros, y en la base de datos MEDLINE solo aparecen 12 artículos sobre dieta y fibromialgia, de los cuales solo cinco están publicados en revistas de reumatología, y solo otros tres están escritos por reumatólogos.

la biomedicina, bien dentro de los márgenes de las medicinas alternativas y complementarias (MAC)— y el de los médicos que practican la medicina privada. En estos casos, como veremos, se establecen relaciones entre las terapias dietéticas y el tratamiento de la fibromialgia que, en cierto modo, plantean hipótesis etiológicas para el síndrome y, por tanto, contribuirían a legitimar al enfermo como portador de una «patología física». Estos discursos, accesibles a través de internet, serán los que algunos pacientes reutilicen para justificar la «legitimidad científica» de su enfermedad. Aunque, dependiendo de su origen, el grado de aceptación y repercusión que alcanzan entre los legos varía en un grado muy elevado.

Entre los profesionales biomédicos a los que se acude como parte del itinerario posterior al diagnóstico se encuentran en primer lugar, casi siempre, los traumatólogos y los fisioterapeutas, a los que se acude en búsqueda de un diagnóstico osteomuscular alternativo. Pero, posteriormente, se recurre a otros profesionales de otras especialidades, como internistas, neurólogos y, también, endocrinólogos y nutricionistas. A estos últimos se llega, en numerosas ocasiones, a través de la información obtenida por otros pacientes, de las asociaciones de enfermos y de la información obtenida en internet<sup>6</sup>.

La información que aportan los nutricionistas presenta un amplio abanico en cuanto a las recomendaciones dietéticas en la fibromialgia, que abarca desde las orientaciones más ortodoxas a las más alternativas.

Así, los nutricionistas y dietistas más cercanos a la biomedicina, al plantear la dieta adecuada para la fibromialgia, hacen recomendaciones genéricas sobre una alimentación equilibrada basadas en la relación arquetípica entre dieta y enfermedad, haciendo referencia a enfermedades graves y en las que está bastante demostrada la influencia de la dieta en su desarrollo.

<sup>6</sup> De hecho, en muchos casos se observa que son los profesionales los que acuden a los enfermos; por ejemplo, publicando sus artículos y publicitando sus consultas en foros y páginas de enfermos de fibromialgia.

Es un hecho demostrado que los hábitos alimentarios pueden estar implicados en el origen de algunas enfermedades como las cardiovasculares, la obesidad, la diabetes y determinados tipos de cáncer.<sup>7</sup>

Se reconoce que no existe una dieta específica para la fibromialgia. Esta situación se justifica, o bien a través de su relación con otros procesos reumáticos para los que no hay explicación, o bien con la reciente aparición del síndrome.

No fue hasta hace poco, en el 1992, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como patología. Es por esto que hay pocos estudios científicos que estudien sus causas y tratamiento y por lo tanto, elaborar una guía dietética es verdaderamente difícil.<sup>8</sup>

Por ello, las recomendaciones se elaboran a través de la inferencia de lo que ocurre en otras enfermedades y los efectos de la alimentación en ellas. Aunque en la mayoría de los casos no se hace mención específica a la fisiopatología del proceso, ni a si esos procesos ocurren en el caso de la fibromialgia.

Los enfermos de fibromialgia deben aportar una ingesta suficiente de calcio a través de la alimentación e incluso a través de suplementos, ya que *una baja concentración de este en sangre es responsable de la aparición de espasmos musculares*. El magnesio interviene en el proceso de la contracción muscular y su *carencia provoca estremecimientos musculares y calambres, además de apatía y debilidad*.<sup>9</sup>

Además, se deja entrever que, en la fibromialgia, existen determinados procesos fisiopatológicos subyacentes, algunos de los cuales entran en conflicto con la propia definición del cuadro desde la reumatología. Dentro de esta situación encontramos, por ejemplo, como hipótesis etiológicas, la inflamación muscular, la reacción inmune o la acidosis.

7 <<http://www.dietecon.es/colaboradores-fibromialgia-y-alimentacion.php>>  
Consultada el 19/02/2010.

8 *Ibidem*.

9 *Ibidem*.

Cuando hay acidosis por el abuso de estos alimentos aparecen síntomas como la falta crónica de energía, sabor agrio y viscoso al despertar, propensión a la fatiga y al frío, tendencia a la depresión, encías inflamadas y sensibles, caries, cabello sin brillo y su caída, piel seca y agrietada, uñas frágiles y quebradizas, calambres y espasmos musculares, problemas osteoarticulares, aumento en el depósito de cristales en las articulaciones y su inflamación, propensión a sufrir infecciones y músculos doloridos.<sup>10</sup>

En la mayoría de los casos se plantean dos tipos de dietas, bien de exclusión de algunos alimentos que por sus características se consideran perjudiciales —y que, generalmente, se corresponden con alimentos censurados en el discurso oficial sobre la dieta saludable—, bien proponiendo una dieta que aporte más cantidad de los que se consideran beneficiosos para disminuir los síntomas. Estas dietas suelen consistir en la recomendación del uso de complejos vitamínicos y de minerales.

Por otro lado, y por las características propias de la enfermedad, en el itinerario de las personas con fibromialgia alcanzan un gran peso las MAC. Suelen tomarse en consideración por varios motivos, entre ellos la inocuidad percibida de sus tratamientos, que se relacionan más con la adquisición de hábitos saludables de vida que con la ingestión de productos químicos. Dentro de las propuestas alternativas encontramos desde las dietas veganas hasta las dietas de «destoxificación celular», propuestas por los nutricionistas ortomoleculares en el contexto de la naturopatía.

Desde el discurso de la nutrición ortomolecular la etiología de la fibromialgia se encuentra en la «sensibilidad o intolerancia a productos químicos [...]»<sup>11</sup>, por lo que la propuesta correspondiente suele ser una dieta de corrección alimentaria, depuración y reestructuración. Esta dieta, que en líneas generales supone la eliminación de alimentos, no difiere de la propuesta por otros nutricionistas. Su singularidad viene determinada porque el tipo de alimentos que se eliminan o sustituyen de la dieta es mucho mayor, así como por la aportación de otros para conseguir la «destoxificación celular» y la «reestructuración biológica».

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> Felipe Hernández Ramos, nutricionista y presidente de la Asociación Española de Nutricionistas Ortomoleculares. <<http://www.herbogeminis.com/fibromialgia.html>>. Consultada el 20/02/2010.

Otra página que recoge la perspectiva terapéutica dentro de la naturopatía plantea como causas comunes para el «70% de las enfermedades», y entre ellas la fibromialgia, «*el acto alimentario*»<sup>12</sup>. A partir de ese presupuesto se desgrena la fisiopatología del proceso fibromiálgico utilizando términos biomédicos pero combinándolos con otras explicaciones menos especializadas para facilitar la comprensión.

Considero que la fibromialgia es el resultado de un ensuciamiento de los músculos, tendones y las neuronas por residuos bacterianos y alimentarios de origen intestinal<sup>13</sup>.

En cuanto al origen de la enfermedad, desde esta perspectiva se sitúa, por ejemplo, en una infección intestinal, al tiempo que se niega categóricamente la psicomaticidad del cuadro y se da una explicación hormonal para interpretar la prevalencia femenina del síndrome.

Este es el inicio de la fibromialgia [...]. Generalmente la *Candida Albicans* se vuelve patógena [...] cuando adopta una forma micelar, puede activar prolongamientos entre las células de la mucosa del intestino delgado y aumentar la permeabilidad de la barrera intestinal<sup>14</sup>.

Pero, además de la utilización de las MAC en su búsqueda de soluciones, los enfermos de fibromialgia no renuncian a las posibilidades que les pueda ofrecer la biomedicina. Por ello también acuden a terapias biomédicas novedosas, generalmente ofrecidas por instituciones o profesionales privados, como la ozonoterapia hemática, o se someten a pruebas diagnósticas no recomendadas por la reumatología, entre ellas el test ALCAT, un análisis clínico para el diagnóstico de intolerancias alimentarias.

<sup>12</sup> La atribución de gran parte de las enfermedades a un origen intestinal derivado de la toxicidad de los alimentos (bien por el tipo de alimentos o por el consumo excesivo de los mismos), así como la terapia con dietas de ayuno y vegetarianas, han sido lugares comunes en las representaciones y prácticas de naturistas y homeópatas desde su aparición en la escena asistencial (González de Pablo, 1993).

<sup>13</sup> <[http://www.fibromialgia-cura.org/como\\_se\\_contrae.php?or=1](http://www.fibromialgia-cura.org/como_se_contrae.php?or=1)>. Consultada el 22/02/2010.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

*La intolerancia alimentaria es una alergia escondida frente a alimentos de uso habitual, aditivos o colorantes. Se manifiesta lentamente y puede ser la causa de trastornos digestivos o respiratorios, sobrepeso, retención de líquidos, celulitis, fibromialgia, fatiga crónica, migrañas, eczemas o psoriasis (Clínica BIOBCN<sup>15</sup>).*

En este caso, se plantea de forma evidente la hipótesis sobre el origen de la fibromialgia como resultado de una intolerancia alimentaria y su relación con la alergia. Los alimentos pasan de considerarse como poco saludables a tóxicos para el organismo. Este test, que los endocrinólogos y nutricionistas presentan como útil en el ámbito de la fibromialgia, genera una respuesta inmediata en los foros de internet. En las páginas personales se vierten multitud de comentarios sobre las personas a las que se ha efectuado la prueba. Este discurso, en este sentido, encuentra asiento en la perspectiva lega y los conocimientos sobre las alergias alimentarias divulgados por la propia medicina<sup>16</sup> (Jackson, 2007).

El caso extremo de la alergia, la toxicidad, también se puede encontrar entre los discursos biomédicos frente a la fibromialgia. Así, en la página del Institut Ferrán de Reumatología<sup>17</sup> encontramos entre las terapias que ofrecen la dieta hipotóxica. Esta dieta, aunque se propone para este padecimiento y para el síndrome de fatiga crónica, se explica dentro de otro síndrome, el de la sensibilidad química múltiple (SQM).

En los primeros párrafos se explica la etiología de este síndrome, que se define como controvertido dentro del ámbito científico<sup>18</sup>, para

15 <[http://www.biosbcn.com/01\\_medicina\\_estetica/intolerancia\\_alimenticia.jsp](http://www.biosbcn.com/01_medicina_estetica/intolerancia_alimenticia.jsp)>

16 La intolerancia a la comida como diagnóstico lego ha adquirido un impulso que ha alcanzado a la profesión médica. Esta medicalización de abajo a arriba, como consecuencia de la relación médico-paciente, ha generado que, aunque desde el discurso ortodoxo no se contemple como causa y sea vista con escepticismo dentro de los círculos científicos, la intolerancia alimentaria se acepte como hipótesis durante el encuentro clínico para evitar el conflicto con el paciente (Nelson, Orden, 2008).

17 <[www.institutferran.org/dieta\\_hipotoxica.htm](http://www.institutferran.org/dieta_hipotoxica.htm)> Consultada el 22/02/2010.

18 «Este fenómeno no tiene explicación desde los postulados clásicos de la toxicología ni de la alergología, de hecho el concepto de sensibilización e hipersensibilidad, así como el de intolerancia se ha tenido que incorporar en el discurso biomédico para distinguirlo de la alergia o la reacción inflamatoria clásicas» (Fernández-Sola, Xarau, 2007).

el que no hay un diagnóstico con pruebas complementarias, sino que es sintomático —basado en unos criterios de consenso<sup>19</sup>— y con una distribución y una sintomatología que se solapa, casi perfectamente, con la que expresan los enfermos de fibromialgia. Todos estos datos facilitan la «identificación» de los enfermos, que ven explicado su padecimiento con otro diagnóstico que ofrece las ventajas de una explicación física plausible y un tratamiento posible.

En la etiología de este síndrome se encontraría «la sensibilización del sistema límbico, que por hiperestimulación produciría más óxido nítrico». A partir de ese punto se mencionan una cadena de neurotransmisores que justificarían una serie de alteraciones endocrinas (no visibles con los procedimientos biomédicos actuales) y, por tanto, la somaticidad de la SQM.

Esta enfermedad se considera producto de «la vida moderna, que favorece el contacto con miles de sustancias tóxicas que parecen afectar a personas sensibles específicamente». De hecho, los enfermos afectados se denominan a sí mismos «los canarios de las minas de carbón», con lo que hacen referencia a que su padecimiento es una expresión de la situación ecológica actual, de la que ellos son solo los primeros afectados. De hecho, la SQM parece la metáfora de las consecuencias que el progreso tecnológico y económico desmedido tiene en los humanos<sup>20</sup>. Esta hipótesis sobre el origen de la enfermedad es coherente con la perspectiva del riesgo y la inseguridad alimentaria que está extendida entre la población (Beardsworth, 1997, citado en Gracia, 2004).

En cuanto a la dieta propuesta, esta constituye, al mismo tiempo, el método de diagnóstico «que permite detectar intolerancias alimen-

19 Como criterios diagnósticos de consenso se utilizan: que sea una enfermedad de curso crónico, que las manifestaciones se reproduzcan al repetir la exposición al agente, que los síntomas se presenten ante exposiciones a muy baja concentración, que estas manifestaciones mejoren o desaparezcan al cesar la exposición, que se obtenga la misma respuesta al exponerse a productos diversos no relacionados entre sí y que los síntomas afecten a varios aparatos y sistemas del organismo (Bartha, Baumzweiger, Buscher *et alii*, 1999).

20 El discurso sobre el impacto de la vida moderna en la salud no es nuevo. En otros momentos de la historia se han utilizado otros padecimientos para expresar esa situación, como la neurastenia en el siglo XIX o las alergias y el asma en el siglo XX.

tarias» y el tratamiento de la SQM y de otras «enfermedades complejas», entre las que se encuentra la fibromialgia.

Es una dieta de eliminación extrema, ya que se retiran todos los alimentos para posteriormente ir incorporándolos, a razón de uno entre cada dos y cuatro días, para poder observar los posibles efectos tóxicos del alimento. Por otro lado, los alimentos que se incorporan deben ser siempre «realmente ecológicos». A pesar de las dificultades para su seguimiento, la dieta hipotóxica, y como consecuencia de ello la SQM, han tenido, si cabe, más repercusión que la intolerancia a los alimentos en el discurso de los enfermos de fibromialgia, sobre todo en el seno de las asociaciones de enfermos, que, de hecho, en muchos casos han añadido la SQM al nombre de la asociación. Esta situación se ve favorecida, además, por la relación que dentro del discurso oficial sobre la SQM se establece, aunque sea en términos de comorbilidad, con la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica (García-Fructuoso, 2006; Fernández-Sola, Xarau, 2007).

Esta situación de privilegio de la hipótesis de la agresión química en el contexto de la medicina, la misma hipótesis que plantean los naturópatas —que tiene, sin embargo, mucha menor repercusión entre los discursos legos—, muestra de qué forma el grado de aceptación está determinado por el experto que la presenta y su jerarquía en términos médicos, y, por tanto, es un síntoma de la autoridad cultural de la medicina sobre la población a la hora de entender los fenómenos corporales (Barker, 2008).

### *De expertos pacientes y pacientes informados*

Todos esos discursos que circulan en la red tienen, como hemos visto, una repercusión inmediata en los foros de afectados y en las asociaciones de enfermos. Sobre esa hipótesis de la alimentación como origen de la fibromialgia se construyen los discursos de los enfermos, quienes los evalúan, reformulan y adaptan a sus propias necesidades y formas de entender el mundo. Dentro de los discursos profanos en torno al síndrome podemos distinguir tres tipos: los de algunos expertos que, a su vez, son pacientes; los de las asociaciones de enfermos y los que los pacientes construyen de manera individual.

A caballo entre los expertos y los pacientes se encuentran aquellos enfermos o familiares de enfermos de fibromialgia que han bus-

cado vías alternativas a las biomédicas para explicar y tratar su síndrome, aunque hayan utilizado la propia medicina como base. Las reflexiones de estos «expertos pacientes» alcanzan un notable eco entre los usuarios de internet puesto que tienen la credibilidad de la experiencia y la legitimidad de su formación. Por otro lado, estos «expertos pacientes» tienen facilidad para acceder «naturalmente» a las comunidades de enfermos porque comparten el discurso de experiencia de la enfermedad. En nuestro contexto hay dos casos muy relevantes: el de Maribel Ortells y su *Manual de fibromialgia* y el de Alfred Blasi y su complejo con minerales *Recuperat-ion*®.

La primera es una nutricionista a cuya hija le diagnosticaron fibromialgia juvenil severa. Como ella misma explica, «cuando empecé mi experiencia no era nutricionista pero con los años he decidido estudiar para ayudar a las personas afectadas de esta terrible enfermedad»<sup>21</sup>, ya que ella, tras un largo itinerario terapéutico con su hija, encontró la solución en un libro de autoayuda sobre «los grupos sanguíneos y la alimentación».

Compartía un inicial escepticismo con respecto a una terapia que no está dentro de los márgenes estrictamente terapéuticos de la biomedicina. Esto hace que su experiencia sea muy cercana a la de muchos pacientes de nuestro contexto. También lo es el motivo por el que recurre al uso de la dieta: «en un principio no creíamos, pero no teníamos nada más y decidimos probar». Tras esa referencia autobiográfica, la madre-nutricionista-autora (y como se define posteriormente «fibromiálgica sin saberlo») plantea textualmente:

La conclusión es muy fácil: la *fibromialgia es una enfermedad que empieza en el intestino*, estas personas tienen el intestino hiperpermeable, es decir, pasan los nutrientes pero también los tóxicos.

A esta explicación sobre la etiología en términos sencillos pero, sin embargo, contundentes sobre el origen intestinal del cuadro, añade, al final del texto, otra hipótesis en términos biomédicos, la enfermedad autoinmune.

Propone una dieta basada en la naturopatía. De hecho, en diversas páginas de MAC aparece como nutricionista experta en *Fibromialgia*

21 <[www.fibromialgia-cura.org/historiamarta.htm](http://www.fibromialgia-cura.org/historiamarta.htm)>. Consultada el 22/02/2010.

*y enfermedades autoinmunes*. Un papel que desempeña, también, en los foros sobre la enfermedad, si bien al mismo tiempo hace hincapié en que «es muy importante ayudarnos entre todos los afectados», mostrando así esa dualidad paciente-experto.

El segundo caso, el de Alfred Blasi, es aún más interesante puesto que, aunque su hipótesis sobre el origen del síndrome resulta más cercana a los planteamientos biomédicos, su formación académica como informático y el registro de una patente con un tratamiento farmacológico para la fibromialgia ha generado una importante polémica, tanto en el seno de la comunidad científica como en los foros de afectados, llegando incluso a ser sancionado por la Sociedad Española de Reumatología y deslegitimado por las asociaciones de enfermos de fibromialgia.

En este caso, los pacientes han pasado por dos fases con respecto al compuesto de minerales. En un principio, tras su difusión por internet, numerosos pacientes utilizaron el suplemento dietético. Pero, en la actualidad, sobre todo tras la aparición de un artículo periodístico en el que se plantea la cura milagrosa de la fibromialgia con el suplemento dietético,<sup>22</sup> los afectados ha sido muy críticos con su experiencia. Le han deslegitimado como verdadero enfermo ya que su supuesta curación entra en conflicto con el objetivo que, como colectivo, tienen de llamar la atención sobre la fibromialgia como una enfermedad crónica e *invalidante* y, por supuesto, con la definición médica de la enfermedad.

Siguiendo el recorrido sobre las páginas web de enfermos encontramos, también, las páginas web de las asociaciones de enfermos de fibromialgia. En ellas comprobamos que, mientras que los pacientes y los «expertos pacientes» muestran modelos explicativos de la enfermedad que están, en algunos casos, muy alejados de los criterios médicos «oficiales», las asociaciones de enfermos optan por tener un discurso mucho más cercano al de la reumatología. Esta situación se debe, sobre todo, a la estrategia de las asociaciones de convertirse en los canales a través de los cuales los enfermos negocien con la comunidad médica diversos aspectos del síndrome (visibilidad social, legitimidad, consecución de prestaciones) (Packard, Brown, Berkelman *et alii*, 2004).

22 «El milagro de Alfred». Revista *Interviú*, 16/07/2007.

Pero, a pesar de esa imagen «oficialista» de la enfermedad, en las páginas de las asociaciones encontramos elementos que muestran que, de una manera u otra, el discurso dietético de la fibromialgia está presente. Como hemos mencionado anteriormente, lo más importante, sin duda, es la apuesta que las asociaciones hacen hacia el cambio de diagnóstico desde la fibromialgia al de SQM, como estrategia para reivindicar las hipótesis orgánicas del síndrome. Para ello aprovechan, como hemos visto también, la relación que desde algunos ámbitos de la biomedicina se establece entre ambos síndromes.

Pero, además, las asociaciones tienen una función de construcción de una identidad entre los enfermos de fibromialgia en la que se pretende dar cabida a otras experiencias en torno a la enfermedad que, desde el discurso biomédico, no pueden considerarse síntomas. En esa construcción de una identidad «inclusiva» (Barker, 2002) una parte importante de síntomas añadidos son de carácter gastrointestinal, lo que, de forma indirecta, apoya la hipótesis de la alteración intestinal como parte del síndrome.

Por último, otra de las funciones de las asociaciones es ofrecer a sus integrantes soluciones prácticas y recursos para la gestión de sus síntomas más allá de las que ofrece el contexto médico. En este caso, no son infrecuentes los enlaces a páginas de dietistas y nutricionistas, así como recomendaciones dietéticas explícitas, aunque estas se enmarcan, generalmente, dentro de los cánones comúnmente aceptados por la medicina científica occidental y, por tanto, no suponen ningún motivo de conflicto. De hecho, a través de las asociaciones de enfermos se realiza una crítica a las terapias nutricionales alternativas que plantean la curación del síndrome solo a través de la alimentación.

Como señalábamos, la importancia de todos estos discursos alternativos sobre el síndrome es que circulan a través de la red y son evaluados, reapropiados y utilizados por los pacientes no expertos, pero sí ávidos de información.

En el caso concreto de la dieta, esta puede utilizarse para explicar la sintomatología o para dar coherencia a la aparición del síndrome, aunque en muy pocos casos se considera, desde el punto de vista etiológico, más allá de un recurso terapéutico que no entra en conflicto con la biomedicina.

Por otro lado, en líneas generales podría decirse que los pacientes de fibromialgia son bastante críticos con algunas propuestas dietéti-

cas, sobre todo con aquellas que no proceden de expertos sanitarios, las que se alejan más de las prescripciones dietéticas biomédicas más usuales o las que plantean la dieta como causa de la enfermedad.

Pero, a pesar de ello, e incluso en los casos en los que se muestra gran escepticismo sobre el resultado, los pacientes suelen utilizar las dietas que encuentran en internet para tratar de aliviar su sintomatología. Y, en este caso, al igual que ocurre con otras prácticas de autoatención, cuando se utiliza la dieta se hace de forma pragmática, basándose en la experiencia personal o de otros enfermos que la comparten «en red» más que las recomendaciones expresas de los nutricionistas; y, además, se utiliza de forma sintetizadora, puesto que, en ocasiones, se combinan dietas que parten de presupuestos sobre la enfermedad totalmente diferentes o dietas nacidas para otros problemas nutricionales, como la dieta Atkins o la dieta de los grupos sanguíneos, que se modifican para la fibromialgia (Menéndez, 2003).

### *Conclusiones*

Internet es un espacio adecuado para la difusión de recursos alternativos frente a la enfermedad como, por ejemplo en nuestro caso, la alimentación. Esta inclusión de la dieta como terapia, y de la alimentación como causa de la fibromialgia, procede fundamentalmente de un colectivo profesional: los nutricionistas, y puede interpretarse como un intento de expansión de un colectivo emergente, que utiliza como nicho de crecimiento una enfermedad controvertida en el seno de la medicina.

En este contexto, los nutricionistas, frente al discurso oficial, plantean hipótesis etiológicas y tratamientos que son coherentes con la percepción de los legos sobre el papel que desempeña la dieta en el mantenimiento de la salud y en la generación de enfermedades. Además, a pesar de las diferencias entre ellos, relacionan directamente la fibromialgia con causas orgánicas, y utilizan el discurso biomédico para legitimar su condición de expertos y sus planteamientos.

Sin embargo, el hecho de que su discurso se aleje de los planteamientos más usuales en el seno de la medicina, y de que pueda provenir tanto del campo de los nutricionistas «biomédicos» como de los alternativos, resta credibilidad entre los afectados a sus hipótesis. De hecho, los mismos presupuestos etiológicos, cuando proceden

del ámbito de la medicina oficial —como en el caso de la SQM—, alcanzan una mayor repercusión entre los afectados, facilitando su autodiagnóstico con otras etiquetas.

Esta situación debe contextualizarse en el proceso de biomedicalización de la sociedad, en donde la búsqueda de información sobre salud se realiza utilizando como patrón oro a la biomedicina. Por ello, a pesar de la creciente expansión de información sobre dieta y fibromialgia, los enfermos son escépticos y muy críticos con las propuestas que entran en conflicto con el discurso biomédico oficial.

Por otro lado, la situación liminal de la dieta, en tanto que se la considera una forma de mantenimiento y restablecimiento de la salud pero no un tratamiento, propicia que sea utilizada por los individuos, dentro del contexto de la autoatención, como recurso para aliviar los síntomas del síndrome.

### *Bibliografía*

- ASBRING, Pia y NARVANEN, Anna-Lisa (2002) «Women's experiences of stigma in relation to Chronic fatigue Syndrome and fibromyalgia», *Qualitative Health Research* 12 (2): 148-160.
- BARKER, Kristin (2002). «Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome». *Social Problems*, 49 (3): 279-300.
- BARKER, Kristin (2008) «Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: The case of contested illness». *Journal of Health and Social Behavior*, 49: 20-36.
- BARTHA, Liliane; BAUMZWEIGER, William; BUSCHER, David; CALLENDER, Thomas; DALH, Kristin; DAVIDOFF, Ann *et alii* (1999) «Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus». *Archives of Environmental Health*, 54: 147-149.
- BROOM, Alex y TOVEY Philip (2008) «The role of the Internet in cancer patients' engagement with complementary and alternative treatments». *Health*, 12: 139-155.
- CLARKE, Adele; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth y FISHMAN, Jennifer (2003) «Biomedicalization: Theorizing Technoscientific Transformation of Health, Illness, and U.S. Biomedicine». *American Sociological Review*, 68, 161-194.

- FERNÁNDEZ-SOLA, Joaquim (2007) «Sensibilidad química y ambiental múltiple». *JANO*, 1662: 27-30.
- FERZACCA, Steve (2008) «Lived foods and judgments of taste». *Medical Anthropology*, 23(1): 41-67.
- FOUCAULT, Michael (1978) *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores S.A, Madrid.
- GARCÍA-FRUCTUOSO, Ferran (2006) «Intolerancia química múltiple» en GARCÍA-FRUCTUOSO, CUSCÓ, POCA (eds.) *Principios básicos de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple*. Barcelona, Tarannà.
- GRACIA, Mabel (2004) «Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgénicos». *Revista de Nutrição Campinas*, 17:125-149.
- GRACIA, Mabel (2007) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». *Salud Pública de México*, 49(3):236-242.
- GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel (1993) «La dieta y el culto al cuerpo. Los riesgos de la dietética en la sociedad del bienestar». En MONTIEL, Luis (coord.) *La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense.
- JACKSON, Mark (2006) *Allergy: The history of A Modern Malady*. Reaktion Book, London.
- KIVITS, Joelle (2004) «Researching the informed patient». *Information, Communication and Society*, 7: 510-530.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciencia & Saude Colectiva*, 8:185-207.
- MILES, Ann (2008) «Of butterflies and wolves: enacting lupus transformations on the Internet». *Anthropology and Medicine*, 16 (1): 1-12.
- NELSON, Mia y OGDEN, Jane (2008) «An exploration of food intolerance in primary care setting: The general practitioner's experience». *Social science and medicine*, 67:1038-1045.
- NICHTER, Mark y THOMPSON, Jennifer (2006) «For my wellness, not just my illness: North Americans use of dietary supplements». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30: 175-222.

- PACKARD, Randal; BROWN, Peter; BERKELMAN, Ruth y FRUMKIN, Howard (2004). *Emerging illnesses and society. Negotiating the public health agenda*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- PRIOR, Lindsay (2003) «Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology». *Sociology of Health and Illness*, 25: 41-57.
- VVAA. (1993), Consensus document of fibromyalgia: The Copenhagen Declaration., *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1.
- WERNER, Anne y MALTERUD, Kirsti (2003) «It is a hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors». *Social science Medicine*, 57: 1409-1419.



DIETAS TRADICIONALES Y TERAPÉUTICAS PARA NOSOLOGÍAS  
DE FILIACIÓN CULTURAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS  
DE OAXACA

Silvia Díez-Urdanivia Coria y Alberto Ysunza Ogazón

*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».  
México, Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios  
Trabajo presentado en la Red de Antropología Médica (REDAM)  
Tarragona, España, 2009*

*Resumen: Oaxaca, ubicado en el sureste de la República Mexicana está considerado como el estado con mayor diversidad cultural y ecológica, el cual alberga a 16 grupos indígenas de los 52 existentes en el país. El presente trabajo recopila información de terapias tradicionales y de mujeres madres de familias de dos grupos étnicos, zapotecos y mixes acerca de los saberes, prácticas y representaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención, enfocando a la alimentación como un recurso terapéutico que utilizan para atender nosologías consideradas de filiación cultural en estos grupos étnicos. Cuando un individuo se enferma, lo primero a lo que se recurre es a la terapia casera, la cual tiene como primer componente la dieta que en muchas de las veces es el único recurso terapéutico para que el individuo salga de su enfermedad.*

*Palabras clave: Saberes y representaciones, enfermedades y terapias tradicionales, dieta, autoatención.*

*Abstract: Oaxaca, located on the southeast of México's Republic, is considered the most diverse cultural and ecological state, with sixteen of the fifty two indigenous groups living in the country. The present paper compiles data from traditional therapists and mothers from two ethnic groups, zapotecs and mixes, about their knowledge practices and representations of health/sickness/attention process, focusing on feeding as a therapeutic resource used to attend cultural nosologies in these two ethnic groups. When a person gets sick, the first thing attention is to home therapy, that has as*

*first component the diet, which in many cases is the only medical resource available for the healing of the person.*

*Keywords: knowledge and representations, sickness and traditional therapy, diet, auto attention.*

### *Introducción*

La percepción de la enfermedad en cada grupo cultural y étnico implica manejos de lenguajes distintos, y por lo mismo, visiones distintas del cuerpo humano. No se puede olvidar que la manera en que entendemos al mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro, de una cultura a otra. En México existe, así como en otros muchos países, y de acuerdo con las diferentes culturas, amplias y arraigadas prácticas y conocimientos tradicionales que constituyen recursos con los que las comunidades indígenas y rurales cuentan, y que suelen utilizarse como la primera —y en muchas ocasiones como la única— opción para paliar la enfermedad y restablecer la salud, sobre todo en donde los servicios de salud son ineficientes y escasos.

México cuenta con una gran riqueza cultural y étnica, y en particular el estado de Oaxaca. Está ubicado al sudoeste de la República, dentro de la zona económica del Pacífico Sur. Es uno de los estados más complejos del país: gran parte es montañoso y su territorio abarca los más variados nichos ecológicos en aproximadamente una vigésima parte de la superficie nacional.

Desde el punto de vista étnico, se considera que Oaxaca es la entidad con mayor número de grupos culturales y lingüísticos. Se ha llegado a determinar, según algunos autores, la presencia de 18 grupos étnicos, cada uno con sus características culturales bien definidas. Oaxaca, además de su riqueza cultural, posee una gran riqueza de recursos naturales, lo que hace que el conocimiento en el uso de plantas y la cultura botánica que allí persiste sean también unas de las más importantes del país. Desafortunadamente, esta condición de enorme privilegio se traduce, de forma paradójica, en un nivel de calidad de vida poco digno para la gran mayoría de la población del estado, que presenta los índices de desnutrición y mortalidad materno-infantil más altos del país, con predominio de causas evitables de muerte como

son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la parasitosis, la desnutrición, el cáncer cérvico-uterino, etc. Así mismo, presenta altos índices de expulsión demográfica, desempleo agrícola y procesos de deterioro ambiental irreversibles.

Sin embargo, hasta nuestros días, y a pesar de su coyuntura propia y de todos los procesos que repercuten con la globalización, las poblaciones indígenas de Oaxaca han sabido conservar y reproducir lo que han aprendido a lo largo de su historia, y en concreto su relación con la pródiga naturaleza, que bien les proporciona de manera directa algún recurso, bien les permite usarla para crear algo en su beneficio. Cada grupo étnico, y aún más cada comunidad, ha tenido que aprender a relacionarse con la naturaleza y a conocer las propiedades que en ella encuentran. La sabiduría de los oaxaqueños es muy profunda y diversa. Descubrieron el funcionamiento y el aprovechamiento de cada planta, de cada animal, aprendieron a distinguir los diferentes tipos de tierras y piedras, y todos esos conocimientos los fueron integrando adecuadamente a sus vidas, en función de su reproducción individual y comunitaria, y principalmente para usos alimenticios y curativos.

Los saberes y prácticas médicas que las poblaciones indígenas han desarrollado han motivado que muchos investigadores, tanto de las ciencias biológicas como sociales y antropológicas, se interesen sobre el tema, como comenta Elia Nora en un impreso, que en la biomedicina construyen por un conjunto de signos y síntomas, con una etiología, un diagnóstico y un tratamiento. Estos conceptos, aprendidos en las escuelas de medicina, se ven confrontados en la práctica, ya que en la relación médico-paciente los enfermos expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos sobre la enfermedad.

En torno a esto, Aguirre Beltrán, citado por Roberto Campos, decía que antes de la llegada de los europeos cada uno tenía, en su momento, cosmovisiones y relaciones con la naturaleza diferentes, lo cual implicó «creencias, prácticas y saberes con respecto al proceso salud-enfermedad-atención». Todo esto, con el choque cultural que supuso la conquista y dominación, dio paso a la integración de elementos de la medicina prehispánica y la medicina tribal africana aportada por los esclavos negros traídos al Nuevo Mundo. Roberto Campos comenta: «La práctica de una medicina intercultural se hizo

inexorablemente necesaria; los conquistadores y esclavos recurrieron a los curanderos locales y sus hierbas medicinales, en tanto que los amerindios, azotados por las temibles y desconocidas epidemias de origen foráneo, recurrieron a hospitales y remedios extraños proporcionados por misioneros y doctores venidos de Europa».

Los terapeutas de la medicina tradicional (parteras, curanderos, hueseros, etc.) forman parte de los sistemas médicos, lo que les permite cumplir un papel importante en sus comunidades. Por su importancia social y cultural también se han visto obligados a incorporar elementos cognoscitivos sobre la salud unicultural hegemónica.

En los aspectos interculturales de la salud pública indígena, la necesidad creciente de conjugar la pluriculturalidad con la interculturalidad nos sitúa ante retos aún más difíciles y a veces inéditos. Cualquiera entiende que la interculturalidad reside en el diálogo horizontal, democrático y permanente entre dos o más culturas, sin atentar contra la identidad y especificidad de cualquiera de ellas.

Es así que, en el plano de la salud, es preciso conocer profundamente las enfermedades propias de cada comunidad, su modo de vida en lo cotidiano, sus modalidades de trabajo, sus patrones de desplazamiento, sus ceremonias, las actitudes colectivas tan heterogéneas frente a la problemática que afrontan, en fin, todo aquello que en cualquier medio nos hace verdaderamente humanos y representa el meollo de nuestra cocreación.

Desde hace más de 20 años se han venido recopilando datos de campo de forma continua sobre las enfermedades y nosologías de filiación cultural, así como sobre sus tratamientos y terapias, que presentan algunas comunidades indígenas del estado de Oaxaca como parte de un proyecto más amplio sobre Nutrición, Salud y Desarrollo Sostenible que está llevando a cabo el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición a través del Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC).

En este trabajo intentamos rescatar, explicar, analizar y entender cómo se han ido expresando las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención, no solamente de los terapeutas tradicionales, sino también de las mujeres, madres de familia, indígenas de algunas comunidades zapotecas y mixes que habitan en la sierra norte del estado de Oaxaca.

*Representaciones sociales de los saberes y las prácticas*

La existencia de numerosos sistemas médicos y el reconocimiento de la historicidad de los saberes y las prácticas médicas nos llevan al campo de la gnoseología, porque este concepto no se limita al pasado de los conocimientos, sino al cómo se han socializado y cómo se incorporan a la cotidianeidad de los individuos y de las comunidades. Zemelman (2003: 28) afirma que la historicidad plantea el problema entre lo dado y lo «dándose», ya que «mientras lo dado reconoce referencias empíricas, lo dándose representa un conjunto de requerimientos de potencialidad propios de las exigencias de objetividad que plantea la realidad en movimiento. Esto obliga a revisar el concepto de correspondencia entre las estructuras conceptuales y la realidad empírica».

Desde un punto de vista epistemológico, el reconocimiento de la realidad en movimiento, siguiendo a Zemelman, abre la posibilidad de acercarnos a la comprensión —que hace posible todo conocimiento—, a la interpretación y a la aprehensión de conocimientos, métodos y formas indeterminadas de percepción de esa realidad, que constituyen un todo en el tiempo: todo es lo dado y lo por darse, conceptos relacionados por el dándose. De ahí que, en el asunto de la salud, si no se reconoce que existen otras representaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención válidas se niega la historicidad de los sistemas médicos. Es decir, se niega que para cada grupo étnico-cultural este proceso implica manejos de lenguajes distintos, códigos y símbolos que dan sentido a una identidad, los cuales solamente pueden ser comprendidos por los miembros de la misma comunidad en donde se construyeron y construyen.

Desde un punto de vista metodológico, no es posible comprender e interpretar los saberes y las prácticas médicas de los distintos sistemas médicos si se descontextualizan del proceso histórico concreto (de lo sociocultural, económico, político e ideológico) en que ha ocurrido y ocurre la socialización de la cultura médica y del paciente (Alarcón, Vidal y Neira, 2003; Parra Beltrán y Pacheco Castro, 2006). Y, como existen puntos de vista divergentes que obedecen a una racionalidad propia en torno al proceso salud-enfermedad-atención, su representación social trasciende el marco cultural y de las estructuras sociales más amplias, entre ellas las estructuras de poder y de subordinación (Araya Umaña, 2002).

Precisamente desde la cotidianeidad en el proceso salud-enfermedad-atención, añade Menéndez (1994), se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas de las sociedades, incluidas las sociedades actuales, verbigracia el saber del curador: «inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula, las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan».

La precisión con la que se describen, clasifican y explican los fenómenos de las realidades cotidianas en el campo de la salud han dado lugar a distintos sistemas médicos, muchas veces entrelazados a través del paciente, pero sobre todo a través de las mujeres que están a cargo de la familia, ya que son las primeras en diagnosticar e identificar si algún miembro de la familia está enfermo. ¿Cómo lo hacen? A partir de la observación, porque si alguien está enfermo, se nota, afirma una de las mujeres entrevistadas: «allí es donde tengo que notar qué es lo que tiene, preguntarle qué tiene, porque uno conoce a su familia, cada madre conoce a sus hijos».

### *La salud y enfermedad*

Menéndez (1994) dice que enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte, deben ser cuestiones pensadas como procesos que no solo se definen a partir de profesionales e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente.

Para las personas, los conceptos salud y enfermedad tienen muchos significados, como lo muestran las entrevistas realizadas, para quienes estar sano es un concepto que adjudica capacidad al individuo. Estar sano «es no tener ningún malestar, que el cuerpo está bien» (Elvira). Colectivamente, en una familia «si todos estamos sanos, todos estamos contentos»; «comiendo bien todo»; «platicamos, reímos, hacemos cosas». Individualmente, «uno hace todo, está bueno; se dice voy a trabajar, voy hacer esto». En cambio, si alguien está enfermo, «se le nota, porque anda más triste, anda más decaído». De igual modo, estar sano es lo deseable porque «...olvídese, una enfermedad y no tener dinero...».

La enfermedad es limitante porque «no puede uno hacer nada, aunque se quisiera hacer. Estar enfermo es estar malo, que me duelen los huesos, que me duele mi cabeza, se anda triste, los enfermos no quieren comer, duermen más». Otra de las mujeres entrevistadas comenta: «...ahora sí que, cuando aquella persona cae enferma, es una reacción del cuerpo que no tiene..., no tiene, la persona no tiene una salud adecuada, no se siente bien, se siente con malestares, se siente con depresión, siente que cada día se va acabando esa persona, y cuando esa persona se enferma, es que el cuerpo está diciendo no estoy en condiciones buenas, le hace falta algo a esa persona, por eso se está enfermando, es como una alerta, es un aviso, cuando aquella persona apenas cae, es como un aviso de que algo anda mal en esa persona...» (Eloísa).

### *La terapia casera*

A partir de los datos de campo obtenidos se observa que todos los individuos buscaron primero ayuda terapéutica dentro de la familia. La terapia casera se desenvuelve alrededor de la madre de familia, como ya mencionamos anteriormente; ella es la que atiende a sus hijos y a sus otros familiares, pero también los otros miembros de la familia suelen intervenir en la terapéutica. Por ejemplo, algunas madres pueden acudir a su marido para que le ayude a remediar algún dolor o malestar. Ellas mismas pueden también pedir a sus hijos que les den un masaje, o como ellas dicen, que les «*papachen*» en algún miembro dolorido.

Usualmente, en las comunidades indígenas cuando la mujer contrae matrimonio vive los primeros nueve o doce años en el hogar de su suegra; es aquí donde termina de aprender los menesteres del hogar. Mientras la nueva pareja no tiene hijos es a la suegra a quien le corresponde vigilar la salud de la familia, pues es ella quien atesora los conocimientos de la terapéutica familiar; no obstante, en el momento que nace el primer vástago, la nueva madre empieza a obtener, con la ayuda de su suegra, los conocimientos sobre las hierbas medicinales, la forma como ha de aplicarlas, los alimentos permitidos o prohibidos, de acuerdo a la enfermedad o padecimiento que se presente en la familia.

La madre de ésta puede también intervenir en las responsabilidades terapéuticas de su familia si la suegra no quiere ayudarla o por otra cuestión. En este caso, trata de remediar también las dolencias de su nieto cuando la madre está indispuesta. Ya con la experiencia de ser madre, son ellas las que se concentran en remediar los malestares de sus hijos, sobre todo de los más pequeños, ya que ellas son una parte muy importante dentro de lo que concierne a los tratamientos familiares, puesto que sus hijos no pueden hacer nada para aliviar sus dolencias, dependen totalmente de la madre.

A este respecto, las amas de casa observan a sus hijos sobre todo si perciben algún cambio peculiar en su comportamiento. Por ejemplo, que los pequeños no quieren mamar, o que duermen todo el día, tosan, estornuden, se quejen, o que la mayor parte del tiempo ya no juegue, esté solo sentado, o si sus ojos tienen una expresión de tristeza. Consciente del problema, la madre trata de efectuar el diagnóstico y de aplicar la terapia adecuada.

Los indígenas del estado de Oaxaca, así como muchos otros grupos indígenas, tratan las dolencias en casa cuando éstas, como dicen ellos, producen menor ansiedad. Éstas son las llamadas enfermedades «naturales», como por ejemplo la bilis, el susto, la caída de la mollera y el empacho, enfermedades consideradas de filiación cultural; son remediadas en casa por la madre o la abuela, con hierbas, alguna dieta y masajes. Estos remedios van acompañados de alguna oración para solicitar ayuda divina. Otras enfermedades, como el paludismo leve, los catarros, la tos, los calosfríos y las fiebres también son curadas o atendidas en casa, sin intervención del curandero.

Como es lógico suponer, las enfermedades que requieren atención fuera de la familia son aquellas que dan como resultado una profunda angustia. Muchas veces esta ansiedad se ha ido desarrollando a lo largo de un tratamiento casero sin resultado. Se comenta que las enfermedades que requieren ayuda fuera de la familia son las enfermedades «frías» y las «emocionales», como la chipilez, el susto, el coraje y otras. En algunos pueblos son las enfermedades identificadas como «sobrenaturales» las que requieren otro tipo de tratamiento.

Cuando algún individuo necesita ayuda por algún malestar concreto, puede escogerla dentro de varias alternativas. Estas posibilidades son dadas por la medicina tradicional, la espiritualista y la alópata, y también entran en juego otros factores como los recursos económi-

cos, el grado de transculturación, la gravedad del padecimiento o la forma en que se ha diagnosticado y tratado en casa.

En consecuencia, podemos decir que la enfermedad se define, como lo mencionamos anteriormente, en base al concepto de «estar bien»; la naturaleza y gravedad de los síntomas y las relaciones sociales o interpersonales del enfermo son muy importantes para saber cómo tratarlos cuando su salud esté en cuestión.

El individuo, para resolver los problemas que le provoca la enfermedad, se autodiagnostica en muchas ocasiones, y si esto no le da el resultado requerido acude a la terapia familiar; y si todavía no puede aliviar su enfermedad busca ayuda fuera de casa. Por ello, podemos afirmar que el ciclo de la terapéutica se inicia con el individuo, sigue con la familia y termina su curso en la medicina tradicional y/o profesional.

### *Las dietas*

Las comunidades de las cuales se obtuvo información se encuentran ubicadas en la sierra norte de Oaxaca, en zona montañosa, con un gradiente de altitud muy amplio (de 650 a 2.500 metros sobre el nivel del mar) y una precipitación pluvial también alta. Esta situación geográfica hace que las comunidades se beneficien de una flora y fauna muy diversa, y que puedan cultivar varias especies vegetales.

Los principales recursos para la subsistencia los obtienen de la explotación forestal y del café. No obstante, son comunidades campesinas que cultivan también diversas variedades de maíz, frijol, calabaza y haba. Siembran árboles frutales como manzanos, perales, aguacates, membrillos y duraznos, entre otros. Desde luego, siguen practicando la recolección de una gran variedad de plantas silvestres, entre las cuales los «quelites» ocupan un papel importante. El trabajo del campo es, por lo común, para el autoconsumo, y las mujeres cumplen un papel muy importante como campesinas. En ocasiones cazan especies de animales silvestres comestibles. Se practica también la cría de animales de traspatio (aves, borregos, cerdos). Por medio del comercio adquieren otros alimentos que no se producen localmente o que se producen en pequeña cantidad, como algunos otros granos, frutas, hortalizas, alimentos procesados, pan, leche, queso, azúcar, chile (algunas especies que no cultivan ellos mismos) y condimentos.

En cuanto a los «quelites», cabe mencionar que como parte del proyecto, y dentro del área de etnobotánica, CECIPROC ha recolectado, junto con Promotores de Nutrición y Salud a los que hemos capacitado, más de 200 plantas comestibles, pertenecientes a 34 familias y 70 especies. También contamos con una variedad de 430 plantas medicinales pertenecientes a 84 familias y 235 especies. Todas ellas conforman el Herbario de CECIPROC.

### *La dieta cotidiana*

Como en la mayoría de las zonas rurales de México, la dieta cotidiana básica se compone de tortillas, frijoles y chile. Ésta se complementa con los otros alimentos arriba citados; el consumo de productos de origen animal depende de los recursos económicos familiares.

Según los criterios de estas comunidades indígenas, lo que se considera como una «comida» se consume en la casa con horarios fijos, debe de servirse en un plato, estar cocida, caliente, aguada, de sabor salado y picante, y se acompaña de tortillas. Por lo común, la comida consiste en un caldo de frijol con tortillas y chile crudo o salsa picante; junto con los frijoles, o en lugar de ellos, se puede comer un caldo de quelites, de patata, de huevo o, en ocasiones, pollo. Se puede agregar sal y chile.

Los alimentos disponibles en casa también se pueden comer dentro de una tortilla enrollada o doblada, sin caldo, llamada «taco». La gente dice que el taco «llena» pero no tanto como una «comida»; el taco es lo que se lleva para comer en el campo o cuando se realiza algún viaje.

En las comidas de fiesta o en ocasiones especiales suelen comer carne de res en caldo, en mole o en horno de barbacoa, y/o platillos a base de maíz, tales como tamales, pozole y empanadas.

### *Lo «frío» y lo «caliente»*

Como otros grupos de América Latina, los indígenas de Oaxaca distinguen alimentos, plantas, animales y enfermedades de forma simbólica como «fríos» y «calientes». Los frijoles, por ejemplo, son «fríos», y las tortillas «calientes». Estas cualidades simbólicas tienen una relación con el lugar de origen; por ejemplo, de los alimentos (tierras frías o

calientes, lugar seco o húmedo) y de la estación en la cual se obtienen (lluviosa o seca); en las comunidades de estudio lo seco se considera como «caliente» y lo húmedo como «frío».

Las cualidades también varían según la parte que se utiliza. Por ejemplo, las partes aéreas de una planta son más «calientes» que sus partes subterráneas, y según el estado de crecimiento, por ejemplo, una mazorca es más «caliente» que un elote, una gallina es más «caliente» que un pollo. Además, la cualidad de un alimento varía según el modo de preparación y sus particularidades gustativas y digestivas. Por ejemplo, en la región mixe una de las mujeres entrevistadas comenta: «para nosotros el chile y el azúcar los consideramos como 'calientes', y cuando preparamos platillos y les ponemos chile o azúcar los hacemos 'calientes' y si algo es agrio o nos sabe amargo, lo consideramos 'frío'». Pudimos darnos cuenta por otros informantes que un alimento que calienta es «caliente», mientras que un alimento o una bebida refrescantes son «fríos». Los alimentos que dan comezón en la boca son «calientes», mientras que son «fríos» los que son grasosos, pesados o mal molidos, y entonces difíciles de digerir, lo que la gente describe como «hacer daño al estómago». Este último criterio es el más pertinente en la distinción entre alimentos «fríos» y «calientes».

Todas las personas entrevistadas designaron los mismos alimentos como «fríos»: la carne de puerco, la manteca y el aguacate, mientras que los alimentos considerados por ciertas personas como «calientes» fueron designadas por otras como «neutros», precisamente porque «no hacen daño». Por lo tanto, la comida está constituida por elementos diversos, unos «calientes» y otros «fríos», y dependiendo de su proceso, la comida puede ser «húmeda» o «seca». Cuando es hervido, cocido u horneado, será «húmedo», y si se tuesta será «seco».

### *Las dietas terapéuticas*

Vamos a examinar las dietas particulares que las mujeres entrevistadas adoptan para sus familiares que no están en estado normal, es decir, los bebés y las recién paridas, quienes están «muy delicados» por estar anormalmente «fríos», así como a los integrantes de la familia que sufren de algún trastorno digestivo.

*Enfermedades digestivas:* entre todas las dietas prescritas para estos casos, la mayoría tienen la peculiaridad de evitar alimentos «fríos»

y tomar exclusivamente alimentos «calientes». En algunos casos, por ejemplo con el sarampión, la dieta es complementada con baños de vapor o baños de «temazcal», que permiten «cocer la enfermedad». Una mujer entrevistada comenta: «por ejemplo, la *diarrea* es por una mala digestión, por el hecho de tener 'el estómago dañado' *por el empacho*, por el frío, dicen que si hace frío, el frío se concentra en el estómago y luego comemos y también son alimentos fríos o dañosos, por ejemplo si tomamos demasiada agua, de comer demasiado o de comer muy rápido o no comer a la hora que hace hambre, de comer con las manos sucias. Podemos también curarnos con hierbas, por ejemplo hojas de guayabo, con la misma guayaba y con estafiate y si nos dan un masaje mejor. Debemos de tomar agua cocida, no cruda y comer tortillas tostadas, no blandas y así nos curamos...».

*El empacho*: corresponde a lo que se puede llamar indigestión. Según los datos recolectados por Zolla y Del Bosque (1992) en todo México, el concepto recurrente y central del empacho es el hecho de que los alimentos quedan «pegados» en el estómago; estos autores indican que se cura con plantas medicinales y, sobre todo, con masajes.

*El estreñimiento*: es provocado por el hecho de tomar demasiada agua o alimentos demasiado calientes. En lo contrario de la diarrea, su causa es el exceso de calor en lugar del frío, las heces salen duras como piedra, en lugar de blandas y aguadas.

*El vómito*: es provocado por exceso de comida o por tener el estómago dañado, se cura bebiendo agua cocida (hervida) y comiendo tortillas tostadas, lo que indica que es considerado «frío» al igual que la diarrea y el empacho.

### *Salud reproductiva. El embarazo*

«...Una mujer embarazada es considerada como 'caliente' y puede comer de todo, con la excepción de mazorcas cuatas y de plátanos gemelos [comenta una madre de la región zapoteca] porque si no va a tener niños gemelos...». También se comenta que las mujeres embarazadas tienen que satisfacer sus antojos, ya que corren el riesgo de tener un aborto. Pero por su exceso de «calor» la embarazada es peligrosa para los demás, si acude a ver a una persona que esté cocinando, no se cocerá bien la comida, sobre todo si se trata de tamales, que simbolizan el sexo y la fertilidad de la mujer. Tanto en la zona

mixe como en la zapoteca, así como en otras sociedades del mundo, las ollas las describen como vientres humanos y se comparan con el embarazo, la cocción de los alimentos y la maduración de las frutas, por ser *todos* procesos de transformación.

*El posparto*: una recién parida debe cuidar mucho su dieta. Se piensa que «pierde su calor» al dar a luz: «así queda 'fría', 'tierna' y 'delicada', queda como herida, 'está enferma'», comenta una partera. Para «sanar» no debe comer alimentos crudos o mal cocidos (tales como tortillas blandas), es decir, «fríos». No debe comer carne de puerco, frijoles, papas, aguacate, nopal, algunos quelites considerados como «fríos» o limón. La dieta de predilección de la recién parida se compone de caldo de gallina, tortillas tostadas, agua cocida y tibia, y puede comer carne asada pero de res. Además, la mujer no debe «hacer co-raje» (un estado demasiado caliente); si come cosas «frías» al mismo tiempo, «se puede morir». La dieta «caliente» se complementa con vapor, acostumbran a darle «baños de temazcal» (baños de vapor) que «cuecen el cuerpo de la mujer», sobre todo su estómago para que así no le dé diarrea. En el temazcal, que consideran similar a una matriz, se reúne el calor y la humedad, condiciones ideales para restaurar la fertilidad de la recién parida. Normalmente las parturientas «sanan» después de 40 días y ya pueden empezar a comer de todo pero sin excederse de los «fríos», ya que tampoco le hacen bien si es que está amamantando a su bebé. Para alimentar al bebé, tratará de consumir atole de maíz, atole de flores blancas (por ejemplo la perla china, planta medicinal), que son «calientes», y pulque, que aunque sea «frío», dado que consiste en un líquido blanco como la leche favorece la lactancia materna.

### *Enfermedades de filiación cultural*

Entre las enfermedades de filiación cultural que padecen o han padecido alguna vez las mujeres, lo mismo que alguno de sus familiares, destacan:

*Susto*: es un fenómeno que provoca un desequilibrio en el estado de ánimo de las personas, causado por una sorpresa o impresión repentina. La persona que lo padece está todo el tiempo con sueño, desgana, los niños se levantan dormidos y lloran.

*Espanto*: es una condición parecida al susto, pero de mayor magnitud; la persona presenta molestias, desgana, los niños y adultos están tristes, tienen sobresaltos, insomnio, presentan calentura y fiebre, falta de apetito, distracción, tienen miedo de todo, dolor de cabeza, en ocasiones se quita por completo el hambre.

*Coraje o muina*: es un estado de disgusto provocado porque alguien desobedece un mandato, por alguna burla o algún engaño. Es muy importante que el coraje o la muina se desahogue porque, en caso contrario, puede tener grandes consecuencias, como generar un estado de gran ansiedad o angustia que hace que la salud de la persona se quebrante.

*Latido*: se caracteriza por una sensación muy desagradable en el epigastrio, sintiéndose los latidos de la arteria aorta abdominal, lo cual provoca reflejos vagos, como náuseas, vómito y mareos. Se recomienda comer siempre a las horas convenidas, ya que dejar de comer puede provocarlo.

*Vergüenza*: se caracteriza por una perturbación del estado de ánimo a causa de alguna falta cometida o por algo que afecta negativamente el honor de la víctima. Dos ejemplos clásicos de vergüenza son cuando a una muchacha la sorprenden con su novio o cuando una señora se cae enfrente de algún hombre o en la plaza pública. Les sobreviene dolor de cabeza, comezón y dolor de ojos, e incluso puede doler la cara. Algunos dicen que puede doler el estómago o cualquier otra parte del cuerpo.

El *mal de ojo* es una enfermedad de filiación cultural y la más difundida en el mundo (cfr. Villaseñor Bayardo *et alii*, 2003-2004). En México ha sido estudiada por varios investigadores, entre ellos Zolla *et alii* (1988). La padece la mayoría de los niños, a veces los adultos, y hasta las plantas. En los niños existe la creencia de que «son los más susceptibles a coger el mal por la sencilla razón de ser inocentes de las cosas perversas del mundo» (Baloy Mayo, 2001), pero solo la sufren los niños que «son llamativos, que llaman la atención» explica una mujer curandera mixe, y por lo general lo produce una persona «con solo mirar» (Urióstegui, 2006), porque tiene «la mirada caliente» vuelve afirmar la curandera, para quien a estas personas se les puede identificar: «si secan las plantas... La persona viene y me dice ¡qué bonita planta! Y esa planta se me seca, entonces ya sé que esa persona tiene la mirada caliente». El daño también lo padecen algunos adultos.

Curandera y usuario coinciden en que no siempre la persona que causa el *mal de ojo* es consciente de su poder, por lo que no lo hace a propósito. No por ello escapa al castigo, porque si se quiere paliar el daño, al niño o niña les hacen una limpia que incluye un chile rojo, que pasan por su cuerpo, protegiéndolo al final con un amuleto hecho de ojo de venado y semillas rojas (mujer curandera mixe).

La sintomatología es el lagrimeo de los ojos y a los niños «se les empieza a poner lagañosos y están molestos»; a veces les da fiebre cuando no se les atiende inmediatamente. Algunas mujeres asocian a esta enfermedad con conjuntivitis, por lo que recurren a la medicina fármaco-química. Varias de ellas mencionaron que emplean terramicina.

En cuanto a la *vergüenza*, Baloy Mayo (2001) argumenta que se trata de una enfermedad de la que habla la gente «humilde» cuando una muchacha o muchacho cree haber cometido una falta muy grande, de acuerdo con el concepto moral que se le ha inculcado; cae en un sentimiento de culpa traumatizante que de inmediato lo inhibe. Una mujer indígena afirmó que, cuando llegó a vivir en la comunidad de su esposo, no conocía esta enfermedad hasta que un día enfermó. Piensa que se presenta por «una cosita de nada, en que, como a veces pelean los chiquitillos y ahí viene, uno piensa por los hijos, los hijos están peleando y de ahí, pues caí la vergüenza». Aflicción, congoja y también puede provocarla el sentir pena o vergüenza cuando la persona se cae y hay gente a su alrededor: «la vergüenza... cae por ejemplo, si usted se cae, se resbala por ejemplo ahí, y la ven, le da pena, pues», y continúa explicando la mujer que se trata de «un aire que ya le cae, ya le da el dolor, ya sea que otra persona la vea que se cayó».

La explicación de la mujer mixe sobre esta enfermedad tiene la misma connotación, si bien alude a que también puede ocasionarla una discusión, siendo la pena o vergüenza el desencadenante de los dolores: «...si hay dos personas y se están haciendo de palabras o de razones, y después, llegan otras personas y le da pena, se avergüenza». Aclaramos que la muina también la conocen los chatinos y otros pueblos de origen mesoamericano.

Los síntomas son dolor en alguna parte del cuerpo, en medio de la cabeza, en el ojo, en la mitad de la cara, y así una larga lista de etcéteras. Para la curadora o sanadora de Copala, primero hay que identificarla pero, ¿cómo saber que la persona tiene esta enfermedad?:

Ta' caliente, y cuando uno la comienza a soplar las hojas se empiezan a cocer (sic), se ponen bien, bien negras, se cocen, se cocen, las hojas, cuando uno e'tá en su punto, luego siente que traspasa lo caliente hasta acá la mano. E'ta tiene vergüenza, tiene vergüenza, entonces la empiezo a soplar, la soplo bien, le refriego, le refriego bien, bien, le refriego con las hojas, un huevo de gallina, aceite de coco, y la sal y el me'cal... (*curandera zapoteca*).

Otra enfermedad referida por las mujeres participantes en el muestreo y entrevistas orales es el susto, que existe en muchas partes del mundo, no obstante con variantes según la cultura a la que se refiera (Cataldo, 2004: 1). Algunas mujeres del estudio lo emplean como sinónimo de espanto, y algo similar encontró Zolla *et alii* (1992), sobre lo que Alberto Ysunza (1976: 59) argumenta en su estudio de una comunidad de la sierra norte de Puebla, de la jurisdicción de Santiago Yancuictlalpan, que se trata de una enfermedad difícil de definir porque es un concepto ambiguo, e inclusive entre los curanderos que la manejan existe una diversidad de definiciones. No digamos al correlacionarla con los padecimientos reconocidos por la ciencia médica contemporánea. Algunos curanderos la refieren como resultado de una experiencia brusca desde el punto de vista emotivo, de la que resulta un estado de tensión o angustia momentánea y lleva al individuo posteriormente a una condición de hipodinamia, anorexia, polidipsia, malestar general, sin estar asociados a otros signos o síntomas de origen digestivo, pulmonar, etcétera.

Sobre el espanto o susto, las mujeres indígenas refieren distintos síntomas. Si la gente está asustada tiene mucho sueño, algunos sienten desgana, los niños se levantan dormidos y lloran. Las causas desencadenantes pueden ser un ruido súbito que produzca sobresalto, una caída, una pelea entre borrachos, un trueno, una mala noticia, un animal como la víbora, el ladrido de un perro y otros. No ocurre lo mismo con el espanto, que si bien puede tener su origen en las mismas causas citadas para el susto, varía porque con el espanto se pierde la sombra o entra un aire al que también asocian como sombra. Empero, ambas enfermedades pueden complicarse y conducir a la muerte si no se tratan a tiempo.

*Consideraciones finales*

En fin, ¿qué nos deja este trabajo? Solamente el habernos acercado a las representaciones sociales de la salud-enfermedad-atención a partir de las explicaciones de un grupo de mujeres y de un hombre —que se autoeligió—, teniendo en cuenta que las respuestas no son verdaderas o falsas, sino construcciones sociales que emergen de la realidad de los individuos en su grupo étnico-cultural. Como acercamiento nos falta escudriñar más sobre este tema. No obstante, creemos que este trabajo abre un universo de posibles líneas de investigación, fundamentalmente desde la socioepidemiología, sobre las condiciones de vida y salud de una población que, aún en este momento, es invisible y negada culturalmente, y para quien la diáspora o dispersión continúa como una vía para escapar de la marginación y la pobreza en la que se encuentran, pues viven en comunidades donde con frecuencia los servicios de salud son ineficientes o inexistentes. Así, la presencia de los terapeutas es importante, como también lo es en el resto de las poblaciones indígenas oaxaqueñas y guerrerenses. A veces, su situación de pobreza y marginación es mayor que la de algunas comunidades indígenas.

En la autoatención, parte del primer escalón de atención a la salud, la mujer desempeña un rol fundamental en la detección, diagnóstico y, en ocasiones, tratamiento de la enfermedad como parte del «oficio» de ser mujer y madre, tal como afirmó una de las mujeres entrevistadas (Alicia, 2007). En ellas es en quienes se forjan y transmiten las distintas representaciones sociales del grupo (Correa, 1996).

Las narraciones dejan ver precisamente la imbricación del sufrimiento también construido socialmente. Ante la enfermedad, la familia, incluyendo los niños y las niñas, tiene por principio que afrontarla en medio de un sinnúmero de carencias, que empeoran cuando el jefe de familia es quien enferma. Para la población en situación de pobreza y marginación, una enfermedad significa actuar no solamente llevando al enfermo al médico de cualquiera de los sistemas médicos hegemónico o no hegemónico, sino incorporarse al mercado de trabajo asalariado si no se estaba en él. Madre e hijos tienen que salir a trabajar.

La yuxtaposición de saberes está presente a todo lo largo de la atención de la salud, de modo que mujeres y curanderos combinan al-

gunas veces los conocimientos, el té, los rituales terapéuticos y los medicamentos fármaco-químicos (antiácidos, terramicina, antidiarreicos).

Así, para los entrevistados la enfermedad resulta de factores externos, que pueden ser poderes o fuerzas externas o sobrenaturales que provocan la enfermedad o el daño, pero que también obedecen a un estado de ánimo, a relaciones interpersonales. Las condiciones ambientales, sociales, las relaciones, son importantes en la construcción de una representación social, de ahí que el mal de ojo, el espanto, susto o el mal del animal se asocien al medio ambiente que rodea a los individuos, a su cotidianidad. Como poblaciones vinculadas a la agricultura, pesca y ganadería, su mundo de simbolizaciones nos remite a los animales, al campo, a los ríos, al monte, a los cerros y montañas.

Por último, cabe apuntar que la historicidad de los saberes y prácticas médicas en estas poblaciones específicas radica no en el hecho sino en cómo se está expresando, lo que abre un abanico de posibilidades de nuevos significados y conocimientos que solo encuentran lugar en la pluridiversidad cultural regional y nacional.

### *Referencias bibliográficas*

- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo (1972). *La población Negra de México. Estudio etnohistórico*. México, Fondo de Cultura Económica, 374 p.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo (1992). *Obra antropológica VIII. Medicina y Magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, INI, Gobierno del Estado de Veracruz, Universidad Veracruzana, Fondo de Cultura Económica, 390 p.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo (1995). *Obra Antropológica VII. Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, 1ª. Reimpresión, México, INI, Gobierno del Estado de Veracruz, Universidad Veracruzana, Fondo de Cultura Económica, p. 243.
- PÉREZ IBETTE, Alfonso (2007). «La teoría de las representaciones sociales», en *Psicología Online*, sitio: <[www.psicología-online.com/articulos/2007/representaciones\\_sociales.html](http://www.psicología-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.html)>. Fecha visita: 4 marzo, 2008.
- ALBERRO, Solange (1988). *Inquisición y sociedad en México, 1571-1700*. México, Fondo de Cultura Económica.

- ARAYA UMAÑA, Sandra (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, (FLACSO), Cuadernos de Ciencias Sociales, 127.
- BALOY MAYO (2001). «Creencias y enfermedades de la Costa Chica», *Periódico Sur Acapulco*, sitio: <<http://www.suracapulco.com.mx/anterior/2001/junio/29/pag16htm>>. Fecha de visita 30 de enero, 2008.
- CAMPOS, Roberto (2006). *Textos peruanos sobre el empacho*, UNAM, AMARES, Ministerio de Salud y Programa de Apoyo a la modernización del sector salud y aplicación en una región del Perú.
- CARBALLO, Cortada y Gadano (2005). «Riesgos y beneficios en el consumo de plantas medicinales» en *Teoría*, vol. 14 (2): 95-108 en sitio: <[redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29914211.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29914211.pdf)>. Fecha de visita, 13 de abril, 2008.
- CASAS, José. s.f. «La memoria colectiva», sitio: <[www.revistakairos.org/k12-archivos/casas%20jose.pdf](http://www.revistakairos.org/k12-archivos/casas%20jose.pdf)>. Fecha de visita: 8 febrero, 2008.
- CATALDO, Miriam (2004). «Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno». En *Revista en Línea Dimensión Antropológica*, México, INAH, vol. 32, periodo año 2004, sitio: <<http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/index.php>>. Fecha de visita: 8 de enero, 2008.
- CIESAS, s.f. *Introducción*, sitio: <[pacificosur.ciesas.edu.mx/fichas/conte38.html](http://pacificosur.ciesas.edu.mx/fichas/conte38.html)>.
- CIESAS, s.f. *Perfil Indígena de México*, sitio <<http://pacificosur.ciesas.edu.mx/fichas.html>>. Fecha de visita, 6 de diciembre 2007.
- COLÍN, Araceli (2003). «La crianza del niño en la cosmovisión Naha», en *Revista Voces Universitarias*, Nueva Generación, Año 1, Num. 2, Primavera, Querétaro, <<http://www.uaq.mx/voces/n08>>. Fecha de visita: 12 abril, 2008.
- DEEDS, Susan M. (2002). «Brujería, género e inquisición en Nueva Vizcaya», *Desacatos*, núm. 10, otoño-invierno, p. 30-47.
- DOMÍNGUEZ GARCÍA, José María (2004). «Dermatología Popular en Extremadura II». En *Revista de Folklore*, tomo 24 a, número 281, p. 155-165, sitio: <[www.funjdiaz.net/folklore/07ficha.cfm?id=1124](http://www.funjdiaz.net/folklore/07ficha.cfm?id=1124)>, visitado, 27 de febrero, 2008.
- GONZÁLEZ-CHÉVEZ, Lilian y HERSCH-MARTÍNEZ, Paul (1993). «Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una co-

- unidad rural», *Revista Salud Pública*, vol.35 (4),393-402 Fecha de visita: 7 diciembre, 2008.
- GOOD ESHELMAN, Catharine y ALONSO BOLAÑOS, Marina (2005). *Línea II (segunda etapa). Cosmovisiones y mitología*. Seminario Permanente Etnografía de las regiones indígenas de México y el Nuevo Mundo, INHA-CONACYT.
- KLEINMAN, Arthur y BENSON, Meter (2004). «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina», *Monografías Humanitas*, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, no.2, p.17-26 sitio: <[www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulos2.pdf](http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulos2.pdf)>. Fecha de visita: 22 de julio, 2008.
- LÓPEZ AUSTÍN, Alfredo (1980). *Cuerpo humano e ideología. La concepción de los antiguos nabuás*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas-Universidad Nacional Autónoma de México, (Serie Antropológicas: 39), Tomo I, 491 p.
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Roberto (2006). «El Ihiyotl, la sombra y las almas-aliento en mesoamérica», *Revista Cuicuilco*, septiembre-diciembre, año/vol.12, núm. 038. 177-199, Escuela Nacional de Antropología.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, España, Anthropos, Colec. Autores, textos y temas. Antropología, no.43).
- MARTÍNEZ MONTIEL (2005). *Inmigración y Diversidad Cultural en México*, publicado por la autora en el Programa México Nación Multicultural de la UNAM, México.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005). «Intencionalidad, experiencias y función: la articulación de los saberes médicos», *Revista de Antropología Social*, vol. 14: 33-69. Universidad Complutense, España sitio: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=7191&iCveEntRev=838>> (10 mayo, 2008) ISSN: 1131-558X. Fecha de visita: 20 de octubre, 2008.
- MINTZ SYDNEY (2003). *Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado*. México, Ciesas, Edición de la Reina Roja, CONACULTA, (Colección falsa tortuga).
- URIÓSTEGUI FLORES, Adrián (2006). *Nosología popular; enfermedades científicas y tratamientos ancestrales Taxco de Alarcón*. Tesis, sitio: <[geograf.unam.mx/.../posgrado/actividades/AdrianUriosteguiFlores.pdf](http://geograf.unam.mx/.../posgrado/actividades/AdrianUriosteguiFlores.pdf)>. Fecha de visita: 20 de octubre, 2008

- SERNA MORENO, J. Jesús María (2008). «Volumen: ¿Nosotros? Interrogantes sobre cultura latinoamericana», (texto no editado) CIALC (antes CCyDEL), UNAM
- VÉLEZ CERVANTES, Jorge César (1996). «El nahualismo y los tapahtianil/nahualmej de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla». *Revista Alteridades*, número 6 (12), p.33-38. UAM-Iztapalapa. México. <[www.uam-antropologia.info/alteridades/alt12-5-velez.pdf](http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt12-5-velez.pdf)>, Fecha de visita: 18 de junio, 2008.
- VILLASEÑOR BAYARDO, Sergio Javier; ACEVES PULIDO, Martha Patricia; REYES RIVAS, José R. y GONZÁLEZ ROJAS, Irma Patricia (2004). La cultura y las enfermedades mentales», *Revista Universidad de Guadalajara*, Número 30/Invierno 2003-2004.
- YSUNZA OGAZÓN. A. (1976). «Estudio bio-antropológico del tratamiento del “susto”, estudios sobre etnología y antropología médica». Ed. Impelan, Centro de Estudios Económicos del tercer Mundo, México p.59-73.
- ZEMELMAN, Hugo (2003). *Los horizontes de la razón. Historia y necesidad de la utopía. II*, España, ed. Antropos, 191 p.
- ZOLLA, Carlos; BOSQUE, Sofía del; MELLADO, Virginia; TASCÓN, Antonio; MAQUEO, Carlos (1992). «Las enfermedades del modelo “tradicional”», en Roberto CAMPOS, *La Antropología Médica en México*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Nacional Autónoma Metropolitana, tomo 2 (Colec. Antologías Universitarias).



CONOCIMIENTO, OPINIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS ALIMENTOS  
TRANSGÉNICOS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES  
DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Ruth de Luis, María Lavilla, Lourdes Sánchez,  
Amado Millán y M<sup>a</sup> Dolores Pérez  
*Tecnología de los Alimentos*  
*Facultad de Veterinaria*  
*Universidad de Zaragoza*  
Miguel Servet, 177. 50013-Zaragoza  
dperez@unizar.es.

*Resumen: Los resultados obtenidos en la encuesta realizada a alumnos de la Universidad de Zaragoza indican que una proporción importante de ellos tiene un concepto erróneo sobre los alimentos transgénicos. Sus principales fuentes de información son los medios de comunicación y las asociaciones ecologistas, que consideran más fiables, y no las fuentes científicas. Solo un tercio de los encuestados consumiría alimentos transgénicos, y lo haría solo si fueran más baratos o de mayor calidad.*

*Palabras clave: alimentos transgénicos, encuesta, opinión, aceptación, universitarios.*

*Abstract: The results obtained in the survey made to students from the University of Zaragoza indicate that a significant proportion of them have misconceptions about transgenic food. Their main sources of information are the media and the environmental associations and not the scientific sources, which are considered as the most reliable for them. Just a third of respondents would consume transgenic food, and only if these were cheaper or of a higher quality than non-transgenic food.*

*Keywords: transgenic food, survey, perception, acceptance, university students.*

### *Introducción*

Los organismos genéticamente modificados (OGMs), también denominados transgénicos, son aquellos cuyo material genético ha sido modificado mediante técnicas de ingeniería genética, de una manera que no se produce ni en el apareamiento ni en la recombinación natural.

La ingeniería genética es la tecnología de la manipulación y transferencia de material genético, e incluye la introducción o eliminación de determinados genes mediante técnicas modernas de biología molecular, que se incluyen dentro del campo de la Biotecnología. Las técnicas de ingeniería genética que se usan consisten fundamentalmente en aislar segmentos del ADN para introducirlos en el genoma de otro, ya sea utilizando como vector otro ser vivo capaz de inocular fragmentos de ADN (por ejemplo, una bacteria), ya sea bombardeando las células con micropartículas recubiertas del ADN que se pretenda introducir.

Los avances de la ingeniería genética se utilizaron, en un principio, para la producción de sustancias de uso médico como la insulina, la hormona del crecimiento o algunos factores de coagulación. Así, actualmente las personas que tienen diabetes insulino-dependiente son tratadas con insulina humana pura producida por genes humanos introducidos en bacterias.

En el campo de los alimentos, las primeras aplicaciones de la tecnología del DNA recombinante estuvieron dirigidas a la obtención de proteínas en microorganismos, como es el caso de la quimosina bovina, que es la enzima fundamental del cuajo que se emplea en la fabricación de quesos. Esta quimosina recombinante, obtenida de levaduras o bacterias, en cuyo genoma se ha insertado el gen de la quimosina bovina, se encuentra disponible desde finales de la década de 1980.

También se han modificado por ingeniería genética algunos microorganismos de interés para la tecnología alimentaria, como es el caso de algunas levaduras usadas en panadería o algunas bacterias utilizadas en la elaboración de productos lácteos, con el objetivo de que los productos finales tengan mejores propiedades.

En la actualidad, la obtención de vegetales transgénicos es el campo con mayores aplicaciones y posibilidades de desarrollo en el ámbito agroalimentario. El primer vegetal transgénico, que no tuvo éxito comercial, fue el tomate «Flavr Savr», que era resistente al ablan-

damiento al tener inhibida la síntesis de la enzima poligalacturonasa (Skerrit, 2000; Bouis, Chassy y Ochanda, 2003).

Las modificaciones genéticas más utilizadas en la actualidad en los cultivos vegetales son las que confieren resistencia a determinados insectos y tolerancia a ciertos herbicidas. La resistencia a insectos se consigue al insertar un gen de la bacteria *Bacillus thuringiensis* que codifica una toxina que afecta principalmente a lepidópteros y coleópteros. La tolerancia a determinados herbicidas se consigue mediante la inserción de genes bacterianos que, o bien inactivan el herbicida, o bien sustituyen a la enzima vegetal que se inactiva por el herbicida (Jouanin, Bonadé-Bottino y Girard *et alii*, 1998; Mackenzie y McLean, 2002).

Un vegetal transgénico recientemente desarrollado y que está en evaluación es el «arroz dorado», cuya modificación da lugar a la producción de una mayor cantidad de betacarotenos, precursores de la vitamina A. Su desarrollo podría contribuir a disminuir los problemas causados por la deficiencia de dicha vitamina en los países en los que el arroz constituye básicamente el único alimento (Bouis, Chassy y Ochanda, 2003).

En el ámbito experimental, el número actual de plantas transgénicas obtenidas es muy alto, aunque por el momento solo algunas han sido aprobadas y comercializadas. Durante el periodo de 1996 a 2010, el área global de cultivos transgénicos se incrementó de 1,7 a 148 millones de hectáreas. La superficie mundial dedicada a estos cultivos está repartida entre 29 países. Los principales países son, por orden decreciente en superficie, los Estados Unidos de América (66,8 millones de hectáreas), Brasil (25,4), Argentina (22,9), India (9,4), Canadá (8,8), China (3,5), Paraguay (2,6), Pakistán (2,4), Sudáfrica (2,2) y Uruguay (1,1). Los otros 19 países que plantaron cultivos biotecnológicos fueron, por orden decreciente de superficie, Bolivia, Australia, Filipinas, Burkina Faso, Birmania, España, México, Colombia, Honduras, Chile, Portugal, República Checa, Polonia, Egipto, Eslovaquia, Costa Rica, Rumanía, Suecia y Alemania. Los cultivos transgénicos autorizados hoy en día son el maíz, la soja, el algodón, la colza, la remolacha azucarera, la alfalfa, la papaya, la calabaza, el tomate, el pimiento dulce y la patata. El cultivo dominante es la soja y la intervención más extendida es la tolerancia a herbicidas. En nuestro país se cultivan aproximadamente 0,1 millones de hectáreas, dedicadas exclusivamente al maíz transgénico (James, 2010).

El cultivo de variedades transgénicas aporta ventajas importantes para el agricultor, ya que facilita la lucha contra plagas de insectos o de malas hierbas, lo que conlleva un aumento de la producción así como una mejor gestión y un menor gasto en plaguicidas (Jouanin, Bonadé-Bottino, Girard *et alii*, 1998; Anklam, Gadani, Heinze *et alii*, 2002). Desde el punto de vista medioambiental, los vegetales transgénicos también conllevan ventajas, ya que reducen la utilización de insecticidas y herbicidas químicos. Sin embargo, estas ventajas no resultan evidentes para los consumidores, dado que no han llegado a ellos en forma de nuevos productos de mayor calidad o de menor precio.

En los últimos años se ha cuestionado la utilización de vegetales transgénicos, acusándolos de representar un peligro para el medio ambiente. Las críticas más frecuentes son el riesgo de que el polen de plantas transgénicas resistentes a insectos pueda afectar a insectos no diana que no son perjudiciales, así como el riesgo del paso de genes de resistencia a herbicidas por dispersión del polen a plantas salvajes, dando lugar a la creación de lo que se ha denominado «supermalezas» (Skerrit, 2000). Además, desde el punto de vista agronómico se ha indicado el posible riesgo de aparición de fenómenos de resistencia en insectos diana. La gestión de este problema exige el mantenimiento de áreas sembradas con el vegetal no transgénico para disminuir la presión de selección y retardar la aparición de poblaciones resistentes.

Por otra parte, algunos sectores de la población están preocupados por los efectos adversos que la ingestión de vegetales transgénicos pueda tener en la salud del consumidor, y sobre todo por la aparición de alergias (Lack, 2002). Hasta el momento, el único caso conocido de alergia se produjo al insertar en la soja un gen que codificaba una proteína de la nuez del Brasil. El objetivo era conseguir una soja para alimentación animal con un mayor contenido en aminoácidos azufrados. Sin embargo, dado que la proteína insertada era alergénica, se comprobó que la soja transgénica era capaz de interactuar *in vitro* con las IgE de personas alérgicas a la nuez de Brasil (Nordlee, Taylor, Townsend *et alii*, 1996). Consecuentemente, sería probable que si esa soja transgénica fuera ingerida por personas sensibilizadas, podría producirles una reacción alérgica, por lo que nunca se llegó a comercializar.

Otra de las preocupaciones acerca del consumo de transgénicos es la posibilidad de que las bacterias del tracto intestinal puedan incorporar el gen de resistencia a antibióticos utilizados como marcado-

res (Syvanen, 1999). Aunque la transmisión de genes desde vegetales a bacterias no ha sido comprobada, la legislación europea ha recomendado no insertar estos marcadores en los vegetales para consumo alimentario (Directiva 2001/18/EC).

Para conseguir una coherencia a escala internacional en la evaluación de alimentos GM, los principios desarrollados por la Comisión del Codex Alimentario (un programa conjunto de la OMS y la FAO) abarcan actualmente la inocuidad alimentaria, mientras que el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología cubre la inocuidad ambiental de los OGM. La normativa legal de la Unión Europea (UE) exige para la aceptación de un vegetal transgénico tres condiciones básicas: la primera es que no debe tener efectos adversos sobre la salud humana, la salud animal o el medio ambiente; la segunda es que no debe confundir al consumidor, y la tercera es que no debe diferir del vegetal convencional en un grado tal que su consumo normal sea desventajoso desde el punto de vista nutricional (Efsa, 2004).

Aunque los sistemas de evaluación de riesgos han sido utilizados desde hace tiempo, la percepción de los consumidores sobre los alimentos GM no siempre ha reconocido estas evaluaciones. Esta actitud crítica del consumidor hacia los alimentos GM no está necesariamente ligada a una actitud negativa sobre el uso de la biotecnología en sí, como lo demuestra la actitud generalmente positiva hacia el uso de biotecnología en la medicina moderna. Una explicación a esta actitud crítica es que muchos sistemas nacionales de inocuidad alimentaria han tenido problemas para realizar una buena comunicación de los riesgos en esta área. Además, a ello se une la falta de fiabilidad de la información que a menudo aportan los medios de comunicación en este tema, que confunde y crea dudas en el consumidor de alimentos transgénicos.

Esta preocupación acerca de la seguridad de los cultivos, sobre todo en la Unión Europea y Japón, se ha manifestado en peticiones a las administraciones públicas de medidas reguladoras en forma de prohibiciones de ciertos cultivos, así como de obligaciones en el etiquetado de los alimentos transgénicos (Moseley, 1999). Así, en el Reglamento 1829/2003/EC se indicó que todos los alimentos y piensos que contuvieran, estuvieran compuestos o se hubieran producido a partir de OGMs aprobados, en cantidades mayores de 0,9%, deberían estar indicados en la etiqueta.

El objetivo del trabajo que aquí presentamos fue conocer la opinión y el grado de aceptación de los OGMs por una parte de los alumnos de la Universidad de Zaragoza. Para ello, las encuestas se realizaron a estudiantes que estaban cursando licenciaturas relacionadas con las Ciencias de la Vida.

### *Metodología*

Se realizó una encuesta a los alumnos de las licenciaturas de Veterinaria (1º y 5º curso), de Medicina (1º y 5º curso) y de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (1º y 2º curso). Se han seleccionado esas licenciaturas por incluir entre sus contenidos diversos aspectos relacionados con la biotecnología. Además, la selección del primer y último curso permite estimar si los conocimientos adquiridos han influido en la percepción que los grupos tienen sobre los alimentos transgénicos.

El conjunto de los alumnos encuestados se encuentra en un intervalo de edad entre los 18 y los 25 años e incluye ambos sexos. Las encuestas se realizaron en horario de clase durante el mes de mayo de 2008.

Una parte importante del cuestionario se ha elaborado teniendo en cuenta trabajos previos realizados en otros países (Lewi, Allocati y Ogas, 2001, Rodavero, 2006). El cuestionario consiste en 13 preguntas, con la posibilidad de elegir una o varias opciones, indicando en este caso el orden de preferencia. Las preguntas incluidas se formularon para que las respuestas pudieran reflejar el grado de conocimiento, la fuente de información y la percepción sobre el tema, así como las características atribuidas a los OGMs y la opinión acerca de sus perspectivas de futuro.

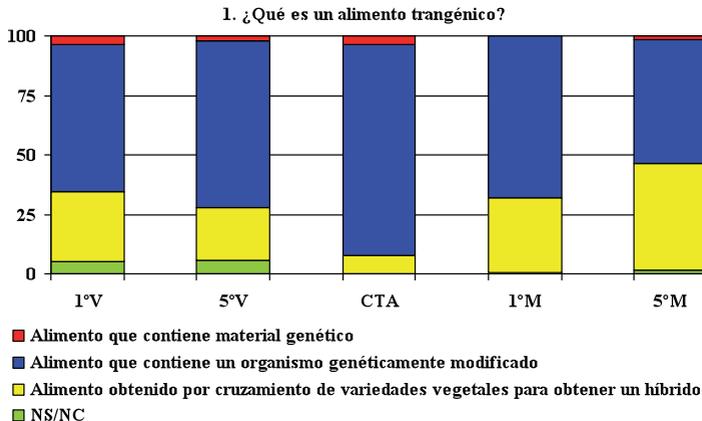
### *Resultados*

En la encuesta participaron 445 alumnos de la Universidad de Zaragoza; 136 y 54 pertenecientes al 1º y 5º curso de la Licenciatura de Veterinaria (1ºV y 5ºV), respectivamente; 135 y 67 al 1º y 5º curso de la Licenciatura de Medicina (1ºM y 5ºM), respectivamente; y 53 al 1º y 2º curso conjuntos de la Licenciatura de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (CTA).

Las respuestas están expresadas, en las gráficas que se exponen, por curso y licenciatura, excepto en el caso de los alumnos de CTA, en el que se muestran las respuestas conjuntas de los dos cursos por ser esta una licenciatura de 2º ciclo. Los resultados están expresados en porcentaje del total de alumnos de cada curso. En las preguntas en las que los alumnos eligieron varias opciones se han incluido, indicando con un número el orden de preferencia, solo aquellos resultados en los que el porcentaje de respuestas superó el 25% en al menos alguno de los grupos. En estas preguntas, las opciones están indicadas con un número por orden de preferencia. NS/NC indica no sabe/no contesta.

La respuesta mayoritaria a la pregunta 1, «¿Qué es para usted un alimento transgénico?», fue la de «Alimento que contiene un organismo que está modificado genéticamente». El grupo en el que un mayor número de alumnos eligió esta opción fue CTA, con un 89%, y el que menos, 5ºM, con un 52%. Los alumnos que no eligieron esta opción prefirieron en su mayoría la opción «Alimento obtenido mediante cruzamiento de variedades vegetales para obtener un híbrido» (Figura 1).

*Figura 1*

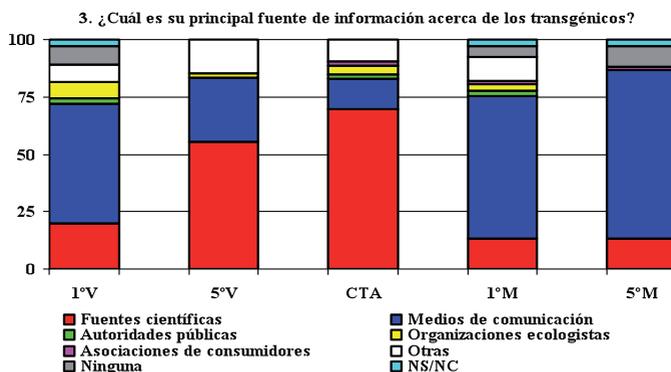


La mayoría de los alumnos de todos los grupos (>93%) eligió como 1ª respuesta a la segunda pregunta, «¿Con qué productos asocia los alimentos transgénicos?», a los productos de origen vegetal. Ade-

más, hubo aproximadamente un 25% de los alumnos de cada grupo que eligieron como 2ª opción la de «productos de origen animal».

La 1ª opción mayoritaria a la tercera pregunta, «¿Cuál es su fuente de información acerca de los transgénicos?», en CTA y en 5ºV fue «fuentes científicas», escogida por un 70% y un 56% de los alumnos, respectivamente, mientras que en los otros grupos fue escogida por menos de un 20% de los alumnos. En el resto de los grupos, la 1ª opción mayoritaria fue «medios de comunicación», opción que fue elegida por entre un 52% y un 73% de los alumnos (Figura 2).

Figura 2

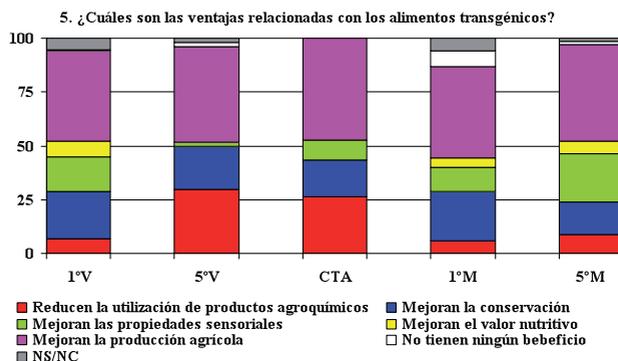


Todos los grupos han escogido como 1ª opción a la pregunta cuarta, «¿A qué fuente de información le da más confianza?», la respuesta «fuentes científicas». El resto de las respuestas se encuentra repartido entre las diferentes opciones, siendo la respuesta «medios de comunicación» la que menos se escogió, a pesar de ser la principal fuente de información para algunos grupos, según la pregunta anterior.

En general, en la pregunta quinta los alumnos encuestados opinan que los vegetales transgénicos presentan alguna ventaja, ya que menos del 2% contestan que «no tienen ningún beneficio», excepto los alumnos de 1ºM, en los que un 7% escogió esta respuesta. Además, más de la mitad de los alumnos encuestados han escogido tres de las ventajas posibles. La opción «no sabe/no contesta» solo fue escogida por un 6% de los alumnos de los primeros cursos (Figura 3).

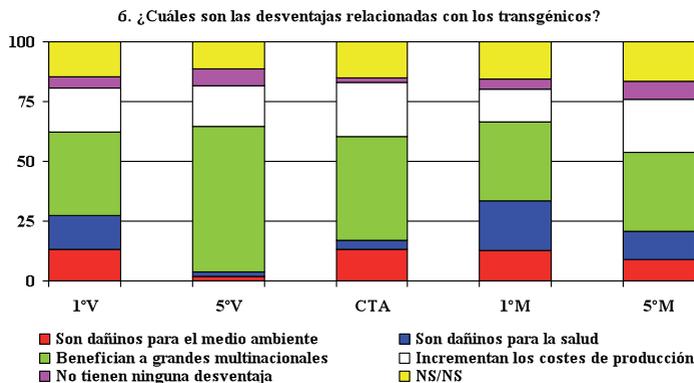
De entre todas las ventajas, «mejoran la producción agrícola» fue la más escogida por todos los grupos, entre un 42% de 1ºV y un 47% de CTA. En los cursos de CTA y 5ºV, «reducen la utilización de productos agroquímicos» fue la siguiente respuesta más escogida como 1ª opción. En los primeros cursos, la siguiente respuesta más contestada como 1ª opción fue «mejoran la conservación del alimento», mientras que para 5ºM fue que «mejoran las propiedades sensoriales».

Figura 3



Aproximadamente el 15% de los alumnos respondió «no sabe/no contesta» a la sexta pregunta, «¿cuáles son las desventajas relacionadas con los transgénicos?». Tan solo un 3% de los alumnos de los cursos superiores y un 7% de los cursos inferiores han escogido la opción «no tienen desventajas». Entre el 33% (5ºM) y el 61% (5ºV) cree que la principal desventaja relacionada con los alimentos transgénicos es que «benefician a grandes multinacionales». En los primeros cursos, la mayor preocupación es la salud (14-20%), ya que en los cursos superiores esta preocupación disminuye (2-10%). La preocupación por el medio ambiente es general en todos los grupos (12%) con excepción de los alumnos de 5ºV (2%) (Figura 4).

Figura 4



Para la pregunta séptima, «¿qué efectos pueden tener los transgénicos sobre la salud?», la respuesta «no sabe/no contesta» ha sido escogida por un 38% de los primeros cursos y un 20% de los últimos cursos, mientras que en los cursos superiores han escogido «ninguna de las anteriores» en un porcentaje mayor que otros grupos, entre el 13 y el 24%. La aparición de alergias es lo que más preocupa a todos los grupos, mientras que la aparición de cáncer preocupa sobre todo a los cursos de Medicina y a 1ºV; menos de un 4% opina que son beneficiosos para la salud. Un 26% de los alumnos de 5ºV opina que pueden aumentar las resistencias a antibióticos, mientras que en los otros grupos este porcentaje es menor, de entre el 10 y el 17% (Figura 5).

Para la pregunta octava, «¿consume o ha consumido alimentos transgénicos?», las respuestas se repartieron a partes iguales entre los alumnos que dijeron que «sí consumen transgénicos» y los que «no lo saben». Así, entre un 31% (5ºM) y un 47% (CTA) de los alumnos afirman que han consumido alimentos transgénicos, y entre un 42% (CTA) y un 53% (5ºV) no saben si los han consumido. Solo un pequeño porcentaje (<15%) indica que «no han consumido transgénicos».

El porcentaje de alumnos que contestó «No lo sabe» a la pregunta novena, «¿sabe qué alimentos ha podido consumir?», fue muy alto en los dos cursos de Medicina (42%) y en 1ºV (33%). Los alumnos de CTA y 5º de Veterinaria contestaron mayoritariamente que han consumido maíz y soja transgénicos, mientras que los de 1ºV y los de los dos

cursos de Medicina contestaron preferentemente que tomate y maíz transgénico. Más de un 50% de los alumnos de CTA y 5°V escogieron una segunda opción, que en la mayor parte de los casos fue la soja, seguida del tomate. En el resto de cursos, menos del 40% escogió una segunda opción, que fue con mayor frecuencia el maíz (Figura 6).

Figura 5

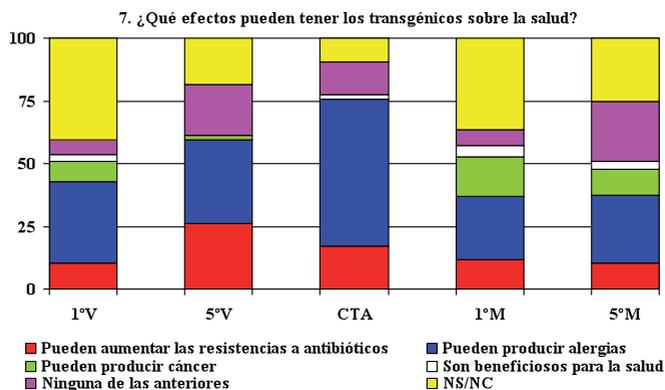
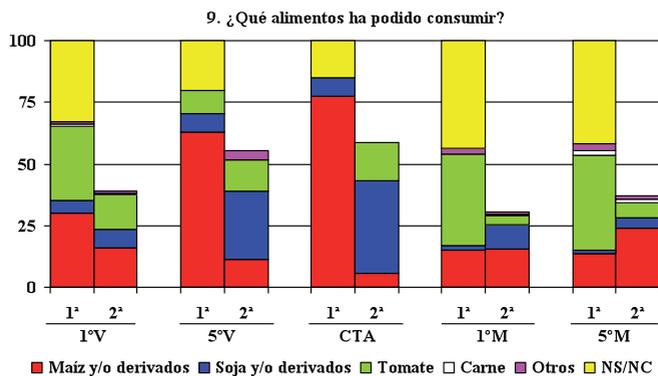


Figura 6



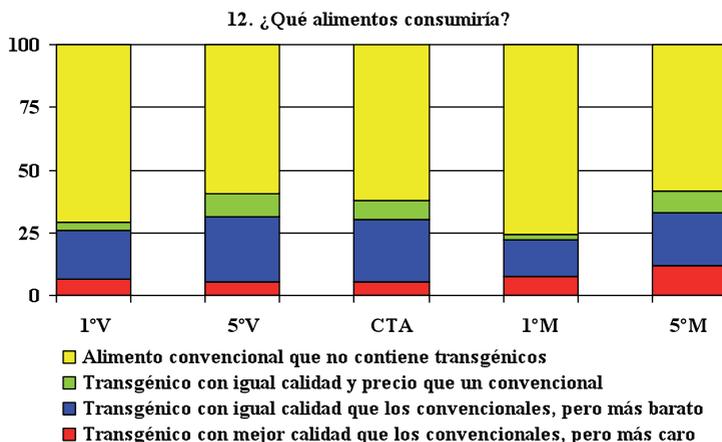
Un elevado porcentaje de los alumnos, ante la pregunta décima referente al etiquetado de alimentos transgénicos, sabe que en Eu-

ropa es obligatorio etiquetar un alimento si contiene ingredientes derivados de transgénicos. Aun así, hay diferencias entre grupos, ya que aproximadamente el 97% de los alumnos de CTA y 5ºV afirman saberlo, frente al 66% del resto de los grupos.

Para la pregunta undécima, sobre la justificación de la obligatoriedad del etiquetado, la mayoría de los alumnos ven justificado su inclusión, ya que esta opción la han escogido entre el 68% (1ºM) y el 93% (5ºM).

En la pregunta duodécima, «¿qué alimentos consumiría?», un gran porcentaje de los alumnos, entre el 58 y el 76%, elegirían un alimento convencional que no contiene transgénicos frente al resto de las opciones. En caso de elegir un alimento transgénico, preferirían que fuera más barato que otro convencional de igual calidad (15-26%) (Figura 7).

Figura 7



En la pregunta decimotercera, sobre las perspectivas del futuro de los transgénicos, un gran porcentaje de los alumnos cree que aumentará su producción, opción que han escogido entre el 66% (CTA) y el 78% (5ºM). Sólo un pequeño porcentaje (<4%) de los alumnos de Veterinaria y 1ºM indica que disminuirá. La opción «permanecerá igual» ha sido escogida por un 30% de los alumnos de CTA, aproxima-

damente un 6% de los alumnos de los primeros cursos, y un 13% de los últimos cursos. Además, entre un 4% (CTA) y un 20% (1°M) de los alumnos escogieron la opción «No sabe/no contesta».

### *Discusión*

En general, el conocimiento de los alumnos encuestados sobre los alimentos transgénicos es bajo, sobre todo en aquellos que reciben la información de fuentes que, según ellos mismos, son poco fiables, como los medios de comunicación y las asociaciones ecologistas. Este hecho puede indicar que muchos alumnos no buscan información de forma activa sobre el tema, quizá porque no sea un tema que les preocupe o interese.

Un dato que indica que su conocimiento se adquiere por lo que oyen o leen es que han oído hablar de vegetales transgénicos como el tomate FlavrSavr, y por ello relacionan los transgénicos con una mayor conservación del alimento, aun cuando este tomate, que fue el primer transgénico comercializado, hace años que ya no se cultiva.

Esta falta de información es probablemente la causante de algunas contradicciones en sus respuestas. Así, mientras una cuarta parte de los alumnos creen erróneamente que hay alimentos transgénicos de origen animal, el porcentaje de alumnos que contestó que podría haber consumido carne de origen transgénico fue casi inexistente. Por otro lado, un alto porcentaje de alumnos indica que sabe que ha consumido alimentos transgénicos, a pesar de que hasta hace poco tiempo no estaba vigente la ley de etiquetado que exige indicar la presencia de este tipo de alimentos, por lo que no podían conocer este dato.

Sin embargo, un alto porcentaje de alumnos dice conocer esta legislación referente al etiquetado de OGMs, porcentaje que es superior en aquellos cursos que afirman que sus fuentes de información son científicas. En todos los casos, la mayoría ve justificado este etiquetado.

Curiosamente, casi todos los alumnos encuestados indican que existen algunas ventajas en los alimentos transgénicos, relacionadas sobre todo con la producción y el medio ambiente, mientras que la mayor desventaja de los transgénicos, en lo que coinciden todos los grupos, es que benefician a las grandes multinacionales.

En los primeros cursos se observa una preocupación por los problemas sanitarios que puede originar el consumo de alimentos transgénicos, que va desapareciendo en los cursos superiores. Como posibles problemas para la salud, destacan la aparición de alergias y de resistencia a antibióticos. Esto puede deberse a que conocen la metodología de transferencia de genes, en la que se utilizan como marcadores genes de resistencia a antibióticos. En el caso de las alergias, puede que se deba a que lo relacionan con el caso de la alergia a la soja transgénica en la que se había insertado un gen de la nuez de Brasil, a pesar de que este cultivo no se llegó a comercializar.

A pesar de estas percepciones, la realidad es que hasta el momento no se han publicado trabajos científicos que demuestren que los alimentos transgénicos puedan producir cáncer o modificar los genes de seres humanos. Los alumnos parecen desconocer que la autorización para el consumo de alimentos transgénicos en los países desarrollados implica procesos muy estrictos de evaluación de los riesgos, basados en el conocimiento científico, cuyo procedimiento es mucho más estricto que para los alimentos convencionales.

Además, estos alimentos son derivados de otros que tienen una larga historia de alta seguridad para consumo humano (maíz, soja), basada en el principio de equivalencia sustancial. Esto significa que el nuevo alimento puede ser tratado desde el punto de vista de seguridad de la misma manera que su contraparte tradicional, pues generalmente el cambio genético introducido es mínimo.

La deficiente información, principalmente basada en ciertos mitos que no tienen base científica, produce rechazo al consumo de estos alimentos. Así, independientemente del curso y de la licenciatura, se prefiere un alimento convencional a uno transgénico del mismo precio y calidad y, en caso de consumir transgénicos, lo harían si el consumidor obtuviera algún beneficio, como un menor precio a igual calidad. En muy pocos casos estarían dispuestos a pagar más por un alimento transgénico, aunque tuviera mejor calidad que uno convencional más barato.

La percepción negativa sobre los alimentos transgénicos no es sorprendente. En general, en los países desarrollados —y debido a la falta de información— los consumidores son aún reticentes a adoptar nuevas tecnologías, y muy especialmente cuando se aplican a los alimentos. Esta percepción negativa se ha relacionado con aspectos

como los beneficios mínimos para el consumidor, el escaso nivel de conocimiento de la biotecnología, las campañas de grupos en contra de los transgénicos y la influencia de la prensa y los medios de comunicación. Por lo tanto, sería necesario que todas las personas involucradas en el sector científico asumieran la responsabilidad de comunicar estos conocimientos con la misma intensidad con que se lleva a cabo el desarrollo de estos productos. Por ello, la tarea de divulgación de los aspectos relacionados con los alimentos transgénicos debería ser supervisada por el ámbito científico.

### *Bibliografía*

- ANKLAM, Elke; GADANI, Ferruccio; HEINZE, Petra; PIJENBURG, Hans y VAN DEN EEDE, Guy (2002) «Analytical methods for detection and determination of genetically modified organisms in agricultural crops and plant-derived food products». *European Food Research and Technology*, 214: 3-26.
- BOUIS, Howarth; CHASSY, Bruce y OCHANDA, James (2003) «Genetically modified food crops and their contribution to human nutrition and food quality». *Trends in Food Science and Technology*, 14: 191-209.
- DIRECTIVA 2001/18/EC (12 de marzo de 2001), sobre la liberación intencional en el medio ambiente de organismos modificados genéticamente y por la que se deroga la Directiva 90/220/CEE del Consejo. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 106, 17 de abril de 2001: 1-38. Real Decreto 178/2004.
- JAMES, Clive (2010) «Situación mundial de la comercialización de cultivos biotecnológicos/MG en 2010». *ISAAA. Sumario* 42. Consultada en mayo de 2010 en <<http://www.isaaa.org/>>.
- JOUANIN, Lise; BONADÉ-BOTTINO, Michel; GIRARD, Cécile; MORROT, Gil y GIBAND, Mark (1998) «Transgenic plants for insect resistance». *Plant Science*, 131: 1-11.
- LACK, Gideon (2002) «Clinical risk assessment of GM foods». *Toxicology Letters*, 127: 337-340.
- LEWI, Dalia; ALLOCATI, Juan Pablo y OGAS, Lorena (2001) «Análisis de una encuesta sobre Percepción pública de Organismos Genéticamente Modificados (OGMs)». *IV Encuentro Latinoamericano de Biotecnología Vegetal, FAO y REDBIO*.

- MACKENZIE, Donald y McLEAN, Morven (2002) «Who's afraid of GM feed?» *Feed Mix*, 10(3), 16-19. Consultada en noviembre de 2008 en <[www.agriworld.nl/feedmix/](http://www.agriworld.nl/feedmix/)>.
- MOSELEY, Bevan (1999) «The safety and social acceptance of novel foods». *International Journal of Food Microbiology*, 50: 25-31.
- NORDEE, Julie; TAYLOR, Steve; TOWNSEND, Jeffrey; THOMAS, Laurie y BUSH, Robert (1996) «Identification of a Brazil-nut allergen in transgenic soybeans». *New England Journal of Medicine*, 334: 688-692.
- REGLAMENTO 1829/2003/EC (22 de septiembre de 2003) sobre alimentos y piensos modificados genéticamente. *Diario Oficial de la Unión Europea*: L 268, 18 de octubre de 2003, 1-23.
- RODAVERO, Julio (2006) «Sondeo de opinión pública sobre alimentos transgénicos». *Red de Acción en Agricultura Alternativa*. Consultada en enero de 2009 en <[http://www.aspec.org.pe/documentos/encuestas/2006\\_transgenicos.pdf](http://www.aspec.org.pe/documentos/encuestas/2006_transgenicos.pdf)>.
- SKERRIT, John (2000) «Genetically-modified plants: developing countries and the public acceptance debate». *AgBiotechNet*: 2: February, 1-8.
- SYVANEN, Michael (1999) «In search of horizontal gene transfer». *Nature Biotechnology*, 17: 833.

## ENTRE LA LIPOFOBIA Y LA OBESOGENIA



## LOS TCA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL

Albert Moncusí Ferré

*Departamento de Sociología y Antropología Social*

*Universitat de València*

*Ed. Departamental Oriental, 5ª planta.*

*Au. Tarongers, s/n*

*46022 Valencia*

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

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

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

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

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

### *Introducción*

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

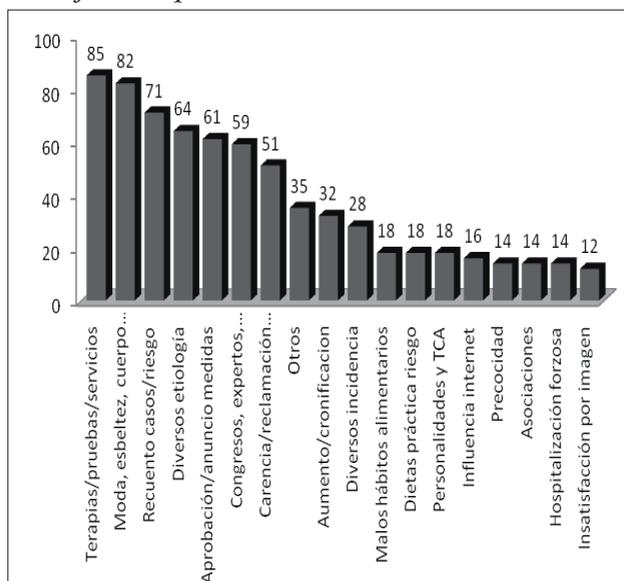
#### *Los TCA en España: situación de partida*

Los TCA han despertado una considerable atención institucional y mediática en los últimos años en España, donde ya son percibidos como un problema social. Una aproximación a los artículos publicados en las ediciones en papel e internet de los periódicos *ABC*, *El Mundo*, *El País* y *La Vanguardia* desde 1998 hasta 2008<sup>1</sup> permite constatarlo a

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

partir de la temática abordada. Los dos asuntos cuya aparición es más frecuente son la puesta en marcha de servicios de atención o de nuevas terapias, y la moda y la persecución de la delgadez como causas de los TCA. Los titulares que se refieren a recuentos de casos y población en riesgo ocupan el tercer lugar en cuanto a frecuencia de aparición, seguidos de cerca por las referencias a diversos aspectos de carácter etiológico<sup>2</sup>. Con una presencia similar se encuentran la aprobación o anuncio de medidas de prevención y tratamiento, así como las referencias a congresos y expertos.

*Gráfico 1. Aspectos de TCA en noticias 1998-2008*



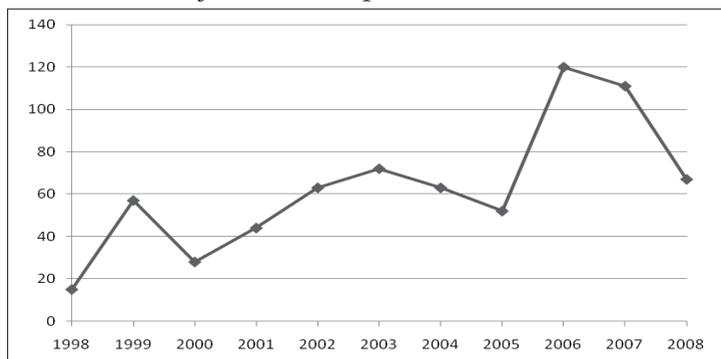
Fuentes: *ABC, El Mundo, El País, La Vanguardia.*

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

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

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

*Gráfico 2. TCA en prensa 1998-2008*



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

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

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

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

*Tabla. 1. Prevalencia de TCA*

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

Fuente: Peláez y otros, 2004 y 2010)

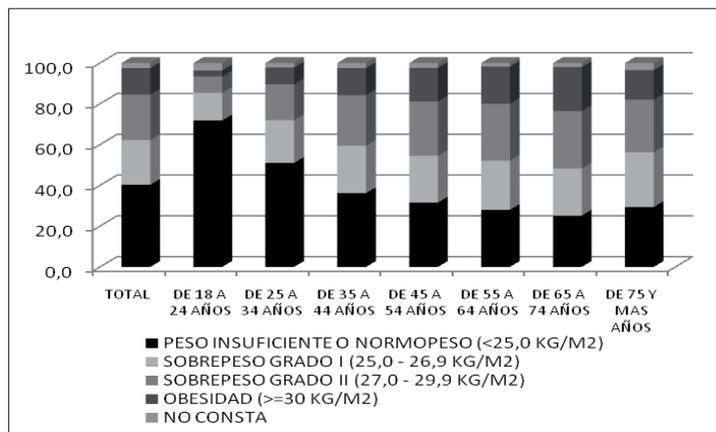
Como se observa, la prevalencia de TCA oscilaría entre 0 y 6,4% en varones y mujeres, respectivamente. Son de destacar el sesgo de sexo que arrojan las cifras, la ausencia de datos sobre población adulta y la mayor prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE).

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

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

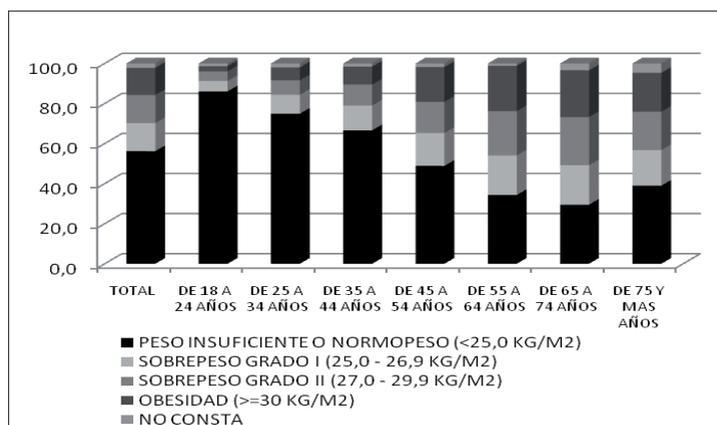
de IMC entre hombres y mujeres, de forma que ellas muestran mayor tendencia al normopeso e infrapeso (56%) que ellos (40,3%). Un dato especialmente acusado, además, en las franjas de edad más jóvenes.

*Gráfico 3. IMC en varones.*



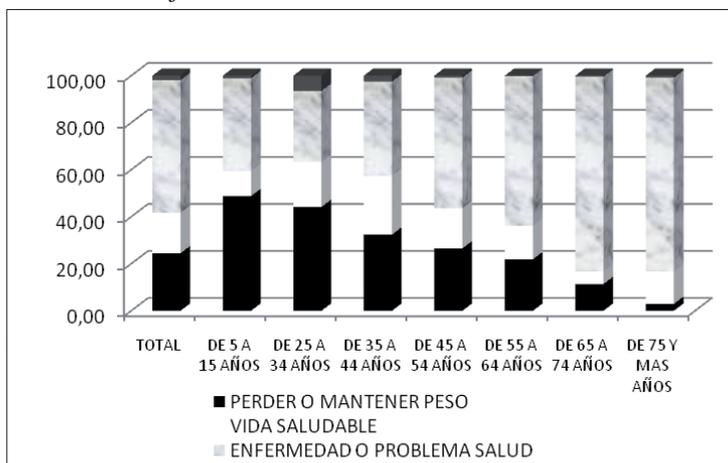
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

*Gráfico 4. IMC en mujeres.*



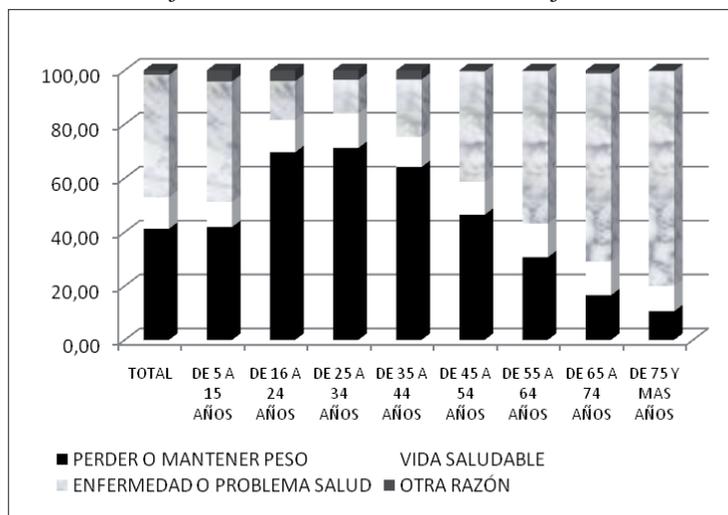
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Gráfico 5. Motivos de dieta entre varones.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Gráfico 6. Motivos de dieta entre mujeres.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Estos datos contrastan con los que se refieren al porcentaje de hombres y mujeres que realizan dieta o régimen para perder o mantener peso. Son las mujeres quienes más lo hacen (41,2%), sobre todo en edades más jóvenes. Lo hacen, respectivamente, el 69,61%, 71,19% y el 64,1% de las mujeres de entre 16-24, 25-34 y 35-44 años de edad. En el caso de los varones, el 24,47% de los hombres afirma seguir dieta por esta cuestión, un dato que es del 44,15 y 32,38% para los que tienen 25-34 y 35-44 años, respectivamente<sup>3</sup>. Los gráficos 5 y 6 ilustran estos datos.

### *El papel de la cultura en el surgimiento de los TCA*

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

Aunque existen precedentes históricos<sup>4</sup>, los TCA se han definido como tales en el siglo xx surgiendo como «síndrome cultural»; es decir, como enfermedad caracterizada por uno o varios de los criterios siguientes: *a)* ocurre en cierto contexto cultural fuera del cual no se puede comprender; *b)* presenta distintos grados de gravedad; *c)* a pesar de que el síntoma expresa una conflictividad más o menos latente

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

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

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

Como hemos visto en el apartado anterior, la estética corporal ha ejercido un papel clave en la problematización de los TCA en España. La raíz cultural de la enfermedad vendría de la mano de dos aspectos muy vinculados con el patrón corporal femenino y la relación entre alimentación e imagen corporal. En primer lugar, en el siglo XX se contraponen un modelo corporal femenino primero de curvas sinuosas y después sin ellas, con piernas largas, vientre plano y pecho alto; un cuerpo delgado objeto de culto y de cultivo activo<sup>5</sup>. Un segundo factor sería la persecución de las grasas (y, en especial, de su manifestación en forma de sobrepeso y obesidad). Ambos factores se asocian al seguimiento de dietas y estarían ampliamente extendidos entre la población no diagnosticada de TCA, con prácticas como el ejercicio físico forzado, «saltarse» una comida, alimentarse a base de platos ligeros, practicar regímenes especiales, restringir aportes líquidos, realizar saunas o baños de vapor o tomar de laxantes y diuréticos. Lo mismo ocurriría con valores y actitudes asociados a la anorexia (hiperautocontrol, autodisciplina, competitividad y deseo de éxito e incluso de poder) (Allen, 2008).

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

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

### *La mercantilización en la construcción de los TCA*

La época en la que vivimos se caracteriza, según diversos autores<sup>6</sup>, por la economía capitalista, el Estado-nación burgués, la ciencia como

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

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

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

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

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

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

### *La medicalización en la construcción social de los TCA*

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

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

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

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

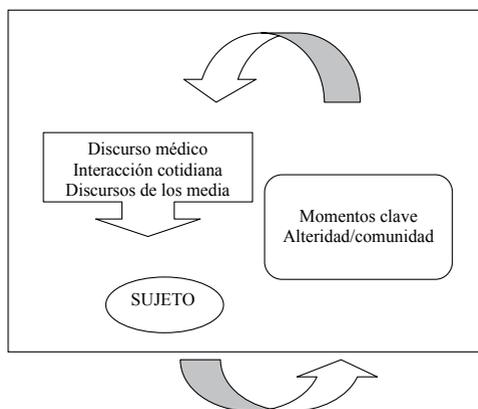
Se produce de este modo la paradoja de una regularidad y control de las conductas en un contexto de supuesta democratización, diversificación, flexibilidad y libertad individual; el modelo cultural alimentario converge con el modelo biomédico y la nutrición se acaba reificando, de modo que se olvida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

### *El papel de la socialización en los TCA*

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

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

*Figura 1. La socialización en la construcción de los TCA*



*Discurso médico*

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

*Interacción cotidiana*

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

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

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

### *Discursos de los medios de comunicación*

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

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

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

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

*Comunidad/alteridad y momentos clave*

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

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

*A modo de conclusión*

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

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

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

### *Bibliografía*

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

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

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

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

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



¿ENFERMEDAD O ESTILO DE VIDA? LOS USOS DEL DISCURSO  
BIOMÉDICO EN LAS WEBS PRO-ANOREXIA

Federica Deiana

*Centro de Ciencias Humanas y Sociales  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas  
c/ Albasanz, 26-28  
28037 Madrid  
federica.deiana@cchs.csic.es*

*Resumen: En este artículo se presentará un análisis del contenido de una serie de páginas web conocidas como webs pro-anorexia, es decir, webs a favor de la anorexia. La propuesta principal de estas webs es la reivindicación de la idea de anorexia como un estilo de vida en oposición a su entendimiento como enfermedad. El objetivo de este trabajo es analizar los recursos simbólicos sobre los cuales se articula la propuesta pro-anorexia y de qué manera este discurso se relaciona con el biomédico dominante.*

*Palabras clave: Pro-anorexia, discurso biomédico, etnografía virtual.*

*Abstract: In this paper we will present an analysis of the content of web pages known as Pro-anorexia websites, those websites that promote anorexia. The main purpose of these websites is to claim the idea of anorexia as a lifestyle choice as opposed to its understanding as an illness. This paper aims to examine the symbolic tools used to build up the Pro-anorexia proposal and the relations between its production and the medical discourse about anorexia.*

*Keywords: Pro-anorexia, Biomedical discourse, Virtual Ethnography.*

### *Introducción*

En este artículo proponemos analizar el contenido de una categoría de páginas web conocidas como webs Pro-anorexia (webs a favor de la anorexia), con una particular atención hacia la forma en que se manejan los conceptos de salud y enfermedad procedentes del discurso biomédico. Las páginas Pro-anorexia (en adelante, Pro-ana) se caracterizan por ofrecer un espacio de diálogo y de intercambio de informaciones para aquellas usuarias que no reconocen la consideración de la anorexia como un trastorno perjudicial para su propia salud y que, en cambio, comparten su entendimiento en cuanto a estilo de vida. La pretensión de emancipación respecto al discurso médico expresada en estas páginas hace que su análisis nos permita investigar en los procesos de elaboración de los referentes simbólicos necesarios para sustentar esta propuesta, dentro de un espacio que se postula al margen de las injerencias del discurso biomédico. El propósito de este artículo será analizar las diferentes estrategias activadas para construir la idea de anorexia como un estilo de vida, así como la manera en que esta producción se relaciona con los conceptos pertenecientes al discurso médico. Antes de empezar con la descripción del material electrónico que hemos analizado es preciso aclarar, aunque brevemente, cuáles son las características definitorias que el sistema médico atribuye a la anorexia.

#### *Los trastornos de la conducta alimentaria desde el discurso biomédico*

La anorexia pertenece a los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que, a partir de los años 80 del pasado siglo, han sido incluidos en la categoría más amplia de los trastornos mentales (DSM III). Según su definición, la anorexia es una patología caracterizada por un rechazo importante a los alimentos, debido a un intenso miedo a engordar, y por una distorsión de la imagen corporal que impide una percepción adecuada del propio cuerpo; la sintomatología que generalmente se presenta es una relevante pérdida de peso (entre el 15% y 60% del peso corporal normal), así como la interrupción, en caso de pacientes mujeres, del ciclo menstrual durante al menos tres meses. En enfermas de esta patología es recurrente la presencia de compor-

tamientos obsesivo-compulsivos, como los atracones o técnicas de reparación de carácter purgativo (abuso de laxantes, hiperhidratación, autoinducción al vómito). Las personas que padecen esta enfermedad son en su mayoría mujeres y las edades con más riesgo están incluidas entre los 12 y 21 años (Toro, 1989), aunque estudios más recientes demuestran que hay cambios en el perfil de las enfermas, tanto en las edades como en la difusión; en el sexo (Martínez-González, 2003; Latzer, Vander *et alii*, 2008) y en el diagnóstico (Valera-Casals, Maldonado y Ferre, 2011). Aunque esta patología se suele asociar con cierto culto al cuerpo y a la belleza, y especialmente con la imposición de un canon estético de delgadez extrema, hasta la actualidad no ha sido posible reducir la aparición de este trastorno a una única causa, y precisamente por esto la anorexia se ha configurado como una enfermedad enigmática para el modelo médico y el sistema de atención sanitaria (Martínez Hernández, 2008). Además, y como en el caso de otras enfermedad mentales, hay cierto rechazo por parte de las enfermas en reconocer tanto el padecimiento como la gravedad de la patología; esta característica, sumada a la complejidad por su misma etiología, parece perjudicar notablemente la eficacia de los tratamientos actuales (Toro, 1996). El fenómeno de las webs Pro-ana se relaciona, en parte, con esta dificultad experimentada por parte de las enfermas en reconocerse en la condición de padecimiento de este trastorno.

### *El fenómeno Pro-ana*

En términos más generales, la frecuentación de las webs Pro-ana se encuadra en el fenómeno más amplio de difusión de webs de apoyo recíproco para enfermos que experimentan condiciones de malestar, aislamiento y/o estigmatización social (Fox, Ward, O'Rourke, 2005). Hasta los años noventa del pasado siglo, los afectados por TCA no tenían otro canal de externalización de la propia experiencia al margen de las consultas médicas o psicológicas (Brotsky, Giles, 2007). En los últimos quince años se han desarrollado, de manera significativa, una serie de webs que han surgido con la intención de colmar este vacío y acoger las demandas de los enfermos de estos trastornos (Walstrom, 2000; Laksmána, 2002; Chesley, Alberts, Klein *et alii*, 2003; Lyons, Mehel, Pennebaker, 2006). El caso ofrecido por las webs Pro-ana, aunque se enmarque dentro de este panorama más amplio, representa una

cuestión aparte. Efectivamente, la comunidad Pro-ana es la única, dentro de las de enfermos que se reúnen en internet, que no se define en cuanto tal, es decir, que niega la naturaleza patológica de su trastorno. Así mismo, las webs Pro-ana son el único caso entre los mencionados en el que no existe una realidad parecida fuera de su dimensión virtual, esto es, que esta comunidad cobra vida única y exclusivamente en el ciberespacio (Giles, 2006).

Desde que se denunció por primera vez la existencia de este fenómeno (Holahan, 2001), las informaciones que tenemos respecto a este tema señalan un claro crecimiento en la actividad de estos sitios (Mulveen y Hepworth, 2006). Las estimaciones realizadas calculan que están a disposición de los usuarios de internet alrededor de unas 500 páginas Pro-ana en inglés (Wilson, Peebles *et alii*, 2006), con una proporción que quintuplica el número de webs de autoayuda o Pro-hospitalización (Chesley, Alberts *et alii*, 2003).

Este incremento en la difusión de las webs Pro-ana se ha visto acompañado por un crecimiento de los trabajos científicos dedicados al análisis de este fenómeno. La mayoría de estos trabajos se ha centrado en investigar los contenidos de las webs (Norris, Boydell *et alii*, 2006), sus usos (Ransom, La Guardia *et alii*, 2010) y en evidenciar la correlación entre la visión de éstas y el desarrollo de conductas dañinas en diferentes colectivos: el de las mujeres (Bardote-Cone y Cass, 2006; Wilson, Peebles *et alii*, 2006; Bardote-Cone y Cass, 2007; Harper, Sperry *et alii*, 2008), el de unos adolescentes con diagnóstico de trastorno de la alimentación (Wilson, Peebles *et alii*, 2006) y el de los usuarios regulares de estas webs (Csipke y Horne, 2007). Otros estudios se han orientado más hacia la exploración de la perspectiva de los participantes en estas webs (Brotzky y Giles, 2007), con especial hincapié en analizar las propuestas compartidas en estos espacios virtuales (Regan Shade, 2003) y los significados que esta producción supone para sus participantes (Mulveen y Hepworth, 2006). Estos estudios han abierto el campo a la exploración de las posibilidades que estas webs ofrecen a sus usuarias, sin limitarse a la consideración de su potencialidades dañinas (Días, 2003), lo que permite desvincular a los participantes en estos espacios de un papel de usuario puramente pasivo (Day y Keys, 2008).

### *Caracterización de la producción Pro-ana*

En la actualidad, el fenómeno Pro-ana cuenta con un conjunto bastante heterogéneo de productos electrónicos como fotologs, foros, videos en Youtube y páginas web; para la realización de este trabajo nos hemos centrado en el análisis de un formato que consiste en páginas personales (blogs)<sup>1</sup> de enfermas de anorexia o aspirantes a enfermar que responden a la dinámica, antes mencionada, de apolo-gía de la anorexia. Los blogs Pro-ana están estructurados de manera parecida a cualquier otro tipo de diario virtual disponible en la red y presentan una diferenciación de contenido y formato entre la parte que se actualiza regularmente (que coincide con las publicaciones de las bloggers), la parte que se mantiene fija (que consiste en textos e imágenes donde se concreta la propuesta Pro-ana<sup>2</sup>) y las secciones

1 Para la realización de nuestro trabajo hemos seleccionado 52 webs dentro de las disponibles en español. Nos hemos dedicado a analizar el material presente en estas páginas desde enero de 2008 hasta enero de 2009 sin intervención directa en las webs (Estalella y Ardèvol, 2007), según las modalidades que se recogen en el manual de investigación en internet que hemos utilizado como referencia metodológica (Mann, Stewardt, 2002). El listado de las webs analizadas está recogido en un apartado final al que remite la numeración de las citas. Considerando que no se han consultado una única vez, sino que la observación ha sido constante a lo largo del año que duró el trabajo de investigación, hemos optado por no anotar ninguna referencia específica a la fecha de consulta de la página, además de la indicada en este párrafo.

2 Hay una serie de apartados comunes a todas las webs que hace falta señalar y describir brevemente. Se trata de las secciones tituladas «Ser Ana», las «Frases», «Thinspiration» y los «Tips». El apartado de «Ser Ana» está dedicado a la explicitación de las supuestas características que distinguirían a una persona que emprende el estilo de vida anoréxico respecto a los demás. En la sección de «Frases» están recogidas unas expresiones particularmente sugestivas que deberían reforzar la convicción en el desarrollo del estilo de vida anoréxico y la dedicación al mismo. El apartado de las «Thinspiration» (unión de las palabras inglesas *thin*, 'delgado', e *inspiration*, 'inspiración') consiste en fotos donde aparecen cuerpos hiperdelgados que deberían «inspirar» a las usuarias en el logro de su adelgazamiento. La sección de los «Tips» (trucos) recoge los consejos prácticos que las chicas intercambian en relación a la puesta en marcha del proyecto de adelgazamiento (técnicas de purgación, consejos para mantener secretas estas prácticas y para evitar las tentaciones de la comida). Otro elemento que caracteriza estas webs es la presencia de las dos figuras que personifican los trastornos de la anorexia y la bulimia (conocidas como Ana y Mía), mediante las cuales se manifiestan tanto las necesidades definitorias como el conjunto de sentimientos contradictorios que subyacen a la aspiración y/o experimentación de la propuesta Pro-ana. Para más claridad en la presentación del material de investigación, siempre que esta información

dedicadas a la interacción entre usuarias (chat, foros). En nuestro trabajo nos hemos centrado en el análisis de los textos que, en mayor medida, participan del esfuerzo reinterpretativo acerca de la anorexia mediante la producción de un sistema simbólico alternativo al biomédico. El examen de este tipo de producciones resulta de gran interés para nosotros, ya que este trabajo descansa en la consideración de las representaciones de la enfermedad como actos simbólicos que contribuyen a la constitución de las categorías patológicas y de las maneras de percibir los padecimientos, y no solo como actos descriptivos de unas condiciones fisiológicas objetivas (Good, 2006). Analizar estas representaciones alternativas de la anorexia significa, por tanto, indagar en el proceso de producción y apropiación de un modelo explicativo subalterno que permite que el mundo Pro-ana exista y que, como tal, sea percibido y experimentado por parte de las usuarias de estas webs.

La característica más representativa de la producción Pro-ana, y la que ha levantado más preocupación en los especialistas en TCA y en la opinión pública, es la supuesta apología de la anorexia y la difusión de información acerca de las técnicas purgativas. La presencia de este tipo de información y el recurso a estas webs en la búsqueda de este tipo de indicaciones es incuestionable, como muestran estos ejemplos:

Hola a todas las princesas peso 46 kilos y tengo 17 de edad quiero bajar mas ayúdenme!!! (10);

Me gustaría que me pasen tips para hacer abdominales quiero tener el estomago muy plano (25).

Aun así, es preciso no dejar que la evidencia de esta característica oculte la complejidad de motivaciones que alimentan el recurso a estas webs y la pluralidad de símbolos que en estos espacios se elaboran. Según algunas usuarias, más que el simple recurso a las informaciones técnicas aquí disponibles, es la necesidad de ponerse en contacto con personas que compartan la misma postura acerca de la anorexia la razón que más anima a la participación:

---

sea disponible para la autora se indicará el apartado de proveniencia de la cita, en una nota a pie de página.

Hola nenas, espero k este espacio les guste a todas mis amigas y amigos, ya k fue creado para eso, para k aki puedan contactar a mas personas con nuestro estilo d vida, d igual forma encontraran consejos, tips, ayuda y lo mejor amigas y amigos sinceros k no les reprochan el kerer ser perfectos (3).

Para entender el funcionamiento de estos espacios virtuales es necesario, entonces, enmarcar la producción y difusión de cierto material informativo dentro de un contexto más amplio, que proporciona a las usuarias tanto una comunidad de apoyo como un espacio para compartir ideas y experiencias al margen de la estigmatización social. El contenido de estas webs apunta, en nuestra opinión, a una redefinición más compleja y global de la idea de anorexia que convierte la propuesta del dejar de comer más que en el aprendizaje de un conjunto de conductas restrictivas, en una opción vital al alcance del sujeto.

El alejamiento respecto al concepto dominante de anorexia se produce, en un primer nivel, con la declaración de la no aceptación de la naturaleza enfermiza de las prácticas anoréxicas, acompañada por la reivindicación de su entendimiento en cuanto «estilo de vida»:

Aclaro, ana y mía no son enfermedades, son estilos de vida que muchas princesas y príncipes tomamos, vamos cambiando nuestra forma de vivir, no es ninguna enfermedad (45);

P.D. si no comparten este estilo de vida por favor no se metan conmigo ni con las princesas que aki komentan, nosotras los respetamos gordos, ustedes respétenos perfectas!! (8<sup>3</sup>).

Esta puesta en cuestión de la visión dominante de la anorexia se revela también en la denuncia del papel que la sociedad contemporánea y la imposición de ciertos cánones de belleza y éxito social juegan a la hora de incentivar la adquisición de los regímenes restrictivos de la alimentación, interpretando así la anorexia como el resultado de tales contradicciones:

<sup>3</sup> Estas dos citas pertenecen a un tipo de texto muy difundido en las páginas Pro-ana que consiste en un «Aviso» donde se declaran las intenciones generales de las webs y su afiliación a la ideología Pro-ana

Para los mediocres, las mujeres bellas no son delgadas, son anoréxicas. Los hombres bellos no son esbeltos, son sencillamente huecos. Así como los inteligentes son pernos, los sensibles son cobardes, las rubias son tontas y un largo etcétera fertilizado con el abono pestilente de las inseguridades de los que no se destacan si no es con ayuda de sus lenguas furiosas por intoxicar todo lo que envidian. Día a día nos alimentamos de mentiras y habladurías, nos llenamos de esa mierda hasta que vomitamos un triste e ignorante prejuicio, entonces ¿quién es el que tiene el trastorno alimenticio? Lo más fácil es acusar a una modelo de anoréxica, sobre todo cuando vivimos en una sociedad bulímica (9).

Pero la pretensión de emancipación respecto al discurso médico no tan solo se expresa en la manifestación de rechazo del modelo patológico, sino que se despliega también en una labor reinterpretativa de las diferentes características que, desde la visión médica, se atribuyen a la anorexia y al enfermo de anorexia. Así, la idea de anorexia como enfermedad, que seduce y vence a los enfermos que la padecen, se ve sustituida por su conceptualización en cuanto elección voluntaria de los sujetos que optan intencionalmente por la adquisición de estas prácticas restrictivas:

Si no tienes el carácter suficiente clicla la flecha no me hago responsable de la enfermedad de nadie [...] Soy anoréxica por que me gusta [...] Por que lo elegí y por que yo y las demás princesas tenemos el derecho (13)<sup>4</sup>;

Motivos para ser ana: Porque es mi vida. Porque lo he elegido. Porque tengo la suficiente fuerza de voluntad (5)<sup>5</sup>.

Lejos de necesitar de la intervención médica, la adquisición de las prácticas restrictivas se ve celebrada como una estrategia subjetiva admirable y generadora de grandes satisfacciones:

Ahora elijo alimentarme con lo mejor creo para mi los mejores hábitos alimenticios gozo de la moderación saboreo mi triunfo me veo feliz disfrutando de mi nuevo estilo de vida y así me veré a mi misma si sigo los consejos de Ana y Mía delgada y feliz PERFECTA.!» (14)<sup>6</sup>.

4 Esta cita es parte de un mensaje de «Aviso».

5 Pertenece a la sección «Frases».

6 Pertenece a un texto que hemos encontrado solo en tres de las webs que hemos analizado y se titula «Contrato con Ana».

Como estas citas apuntan, se reivindica un papel activo en la gestión de los deseos y del cuerpo por parte del sujeto anoréxico, y las cualidades que desde esta óptica se le atribuyen (fuerza de voluntad, determinación, autocontrol, perseverancia) se configuran como totalmente opuestas a las que suelen caracterizar al enfermo de esta patología. A través de la elección de este estilo de vida, las usuarias de las webs pretenden definirse como capacitadas para elaborar conscientemente una solución a la propia condición de insatisfacción personal, y en el compromiso con esta solución, construirse como sujetos especiales y poderosos:

No todas las personas nos entienden somos muy diferentes a ellos, siempre seremos mejor q ellos! siempre princesas, siempre q nos tumben debemos levantarnos con muchísimas mas fuerzas que el día anterior (5);

Recuerda que todos pueden comer, pero que se requiere una fuerza superior para dejar de comer y para resistir la profana tentació (17)<sup>7</sup>.

De manera simultanea a su celebración como práctica generadora de distinción positiva, se produce la idealización de la anorexia como estrategia que activa cambios referentes a todos los aspectos de la vida de las usuarias, y no solo a su conformación física. Muchas de las problemáticas que las participantes testimonian experimentar en la vida diaria se ven relacionadas directamente con el exceso de peso, de forma que la estilización de la figura se ve sobreestimada en su importancia y termina siendo interpretada como elemento clave para la solución a la condición de malestar general de las usuarias. Aquí un ejemplo representativo de tal asociación:

Mi peso lo condicionaba todo... me hacía odiarme e inhibía aún más mi ya tímida personalidad. No tenía opinión propia [...] y entonces llegó Ana. Me devolvió la vida, me dio la posibilidad de ser alguien, de ser yo misma, de volver a creer en mi, de darme cuenta que podía agradar a los demás, que podía agradarme a mi. [...] Ana me demostró que podía tomar las riendas, cambiar todo lo que no me gustaba en vez de sumirme en la inutilidad de la autocompasión y el odio (38).

7 Pertenece al apartado «Frases».

Aunque se reconozca ampliamente la necesidad de cumplir con los cánones estéticos de la delgadez<sup>8</sup>, estas webs tratan de enriquecer el significado de estar delgados de forma que no coincida con una mera adecuación a los estereotipos sociales. En este sentido, se produce un gran esfuerzo para trascender la importancia de la delgadez como condición en sí, focalizando el interés reinterpretativo en el mismo proceso de no-comer y en los efectos que va a producir en los sujetos que lo emprenden. Esto recuerda cierta tradición interpretativa mística del autoayuno (Bell, 1985; Bynum, 1987; Lester, 1995), ya que el no comer se presenta como una práctica que genera un mejoramiento más global para la persona que lo emprende, que atañe tanto al cuerpo como al estado anímico del «ayunador», creando en él un bienestar general:

Los beneficios del ayuno no sólo los obtendrá nuestro cuerpo, eliminando las toxinas, bajando peso y fortaleciendo nuestro sistemas defensivos, devolviéndonos vitalidad, sino que también nuestra psique saldrá beneficiada (3);

Los primeros dos o tres días generalmente son los mas difíciles. Al seguir el ayuno, sentirá una sensación de bienestar tanto físico como espiritual (38).

La privación de la comida, así entendida, es el eje principal en el cual se funda la idea de la anorexia como un estilo de vida y consigue caracterizarse como desencadenante de una actitud general, de una manera de vivir:

Y Ana es mucho mas que una cuestión estética, que una moda, una imposición social, la superficialidad de adolescentes aburridas que quieren llamar la atención. Ana es la búsqueda de la excelencia, el odio por la mediocridad, la acción para conseguir lo que queremos, en todos los órdenes de la vida (38).

8 «Ser tan gorda no trae ventajas... no trae ninguna. ¿Alguien me puede dar una razón contundente para estar con 20 kilos de más? Las personas debemos aprender a cultivar nuestro intelecto. Nuestra alma. Aprender a volvernos inolvidables, o al menos sobresalir: Si eres estudiante ser buena/o igual si eres ama de casa...Pero... aunque esto lo se de manera sobrada se también que si tu tarjeta de presentación está arrugada quizás nunca recibas esa llamada [...].Por lo pronto yo... solo busco encajar» (2).

Las pautas propuestas en estas webs van, o pretenden ir, más allá de la reglamentación del simple «no-comer», de manera que se proporcionan a las usuarias una serie de dispositivos normativos de la conducta más amplios, con la intención de hacer posible la puesta en marcha de un estilo de vida anoréxico. Creemos que aquí se evidencia el pretendido alcance de estas webs, en donde la anorexia como estilo de vida se construye a través de la adopción de un conjunto de prácticas distintivas amplias que en su aplicación reiterada pretenden convertir al sujeto que las adquiere en un sujeto anoréxico:

«Cuando salgas con amigos trata de verlos en lugares que no sean exclusivos para comer como restaurantes ya que sería ilógico que se citen en un restaurante y tu ya vayas comida no?»; «Sólo usa ropa apretada para recordarte lo gorda que estas pero fuera usa ropa holgada así nadie vera que estas adelgazando» (1); «Come muy lento, mastica cada bocado por lo menos 25 veces, así parecerá que todo el tiempo estas con algo en la boca»; «Platica con las personas que se encuentran en la mesa, así pondrán más atención en lo que les cuentas y nadie notara lo que comes» (10)<sup>9</sup>.

Así pues, en las webs Pro-ana las técnicas restrictivas (el no comer o el purgarse) no se proponen como un instrumento técnico aislado, sino como parte de un conjunto de operaciones más amplias, incluidas dentro de un sistema general de ordenación de las actividades y de las disposiciones personales hacia un patrón muy concreto. Lo que se pretende desarrollar parece ser una actitud que, al principio, tiene que ser aprendida mecánicamente mediante la repetición constante de las pautas, para que luego se incorpore ya en las costumbres de las usuarias:

Un hábito se crea después de 21 días repitiendo la misma actividad... Yo tengo 23 días con esto, y a decir verdad me siento más fuerte que cuando empecé, ya no tengo que repetirme todo el tiempo ¡ya es parte del día, no sólo sé que no lo debo comer, sé que no lo quiero comer!

En este sentido, se entiende la anorexia como estilo de vida: como el desarrollo de una condición permanente del sujeto, una apropiación continua de una manera de hacer que reverbera en todos los

<sup>9</sup> Todas estas citas pertenecen al apartado «Tips».

campos en los que este sujeto se compromete, en su lucha personal por definirse. En la adquisición de una rutina anoréxica, el sujeto se ve guiado en la construcción de una mirada específica hacia el mundo y hacia sí mismo, haciendo de esta propuesta no solo una acción dirigida al adelgazamiento, sino una verdadera manera de estar en el mundo.

*¿Enfermedad o estilo de vida? La paradoja de las webs Pro-ana*

Según lo que hemos expuesto hasta ahora, el planteamiento que se expresa en estas webs pretende situarse en una posición de independencia con respecto a la conceptualización biomédica del trastorno. Sin embargo, el análisis escrupuloso de nuestro material nos ha desvelado una caracterización del mismo bastante diferente: lo que hemos podido comprobar no es una negación absoluta del discurso biomédico sino un recurso particular a este discurso, en un constante juego de compenetración entre los dos paradigmas, el biomédico y el Pro-ana.

Nuestra opinión es que los conocimientos elaborados en la aproximación biomédica y los que se fundan en estos espacios virtuales se combinan de manera continua a lo largo de estas páginas, dando lugar a una calificación de la anorexia que se nutre de nociones provenientes de ambos dominios. Aunque el punto de referencia declarado es siempre la negación de cualquier carga patológica de estas conductas alimenticias, las usuarias recurren con frecuencia a referencias surgidas del campo médico. Un ejemplo evidente es el continuo recurso al rehusado concepto de enfermedad:

Todo el mundo tiene su derecho a opinar sobre este estilo de vida... pero no es plan de ir por aquí insultándome. Ya se lo que soy, pero que lo recuerden, cada día me ponen mas enferma aun (10);

No intento de ninguna manera convencer a nadie de que adquiera un desorden alimenticio mediante esta página, simplemente intento que las personas que tienen un estilo de vida dedicado a la anorexia y la bulimia tengan un lugar para sentirse comprendidas y apoyadas (50)<sup>10</sup>.

10 Las dos citas pertenecen a textos de «Aviso».

Otro ejemplo representativo de la presencia simultánea de los dos conceptos supuestamente incompatibles de enfermedad y estilo de vida lo encontramos en la caracterización del personaje sobrehumano de Ana. En su discurso personal, Ana, aunque encarne la concepción no enfermiza de la anorexia, exhibe algunas de las pautas diagnósticas distintivas de esta enfermedad, reelaboradas a través de su narrativa. Es el caso, por ejemplo, de los dos patrones principales de la anorexia expuestos como tales en el DSM (*American Psychiatric Association*, 2000), máxima expresión de la normalización *patologizante* biomédica: «el miedo a engordar» y la «distorsión de la imagen corporal»:

Los números se convierten en amigos y enemigos al mismo tiempo, estaré en las desesperadas oraciones para que los números sean más bajos que ayer, que antes que ayer. [...] Cuando veas al espejo distorsionaré la imagen, te mostraré obesa y hedionda, te verás como una luchadora de sumo cuando en realidad eres una niña hambrienta (1)<sup>11</sup>.

En otros casos, la utilización de los conocimientos que pertenecen a este campo del saber son más explícitos, como por ejemplo cuando se hace referencia a la necesidad de tutelar la salud por parte del sujeto anoréxico:

Siempre se lo digo: compren vitaminas en cápsulas y hierro, queremos ser princesas no unas enfermas (6);

Cambia un hábito malo por uno bueno: por ejemplo cambia el fumar con el ir a correr por la mañana (1)<sup>12</sup>.

También es bastante habitual que en estas webs se proporcionen explicaciones de los trastornos de la alimentación al puro estilo médico, claramente extrapoladas de contextos de carácter científico

11 Esta cita pertenece al texto titulado «Carta de Ana», bastante difundido en estas páginas, donde se simula un diálogo entre la personificación de la anorexia como estilo de vida (Ana) y las aspirantes a tener este estilo de vida.

12 Estas dos citas pertenecen al apartado de «Tips».

divulgativo<sup>13</sup>. Como ponen de manifiesto estos ejemplos y otros más<sup>14</sup>, las usuarias de las webs manejan con extrema familiaridad las pautas diagnósticas biomédicas de los trastornos, y también resultan muy frecuentes las referencias a las medidas utilizadas en las disertaciones nutricionales —como el Índice de Masa Corporal (IMC) u otros indicadores parecidos— y a los tests ideados por médicos y utilizados en el diagnóstico de los TCA<sup>15</sup>. A pesar del convencimiento de que la propuesta que se está haciendo no tiene cabida dentro de un planteamiento del discurso médico, se alude de todas formas a este paradigma para encontrar en su apoyo una prueba de su carácter científico. Eso emerge rotundamente, por ejemplo, en las ilustraciones de los beneficios provenientes de la práctica del ayuno:

Después del tercer día de ayuno el cuerpo comienza a crear ketones o acetonas en el hígado (entras en estado de ketosis). En la ausencia de comida (energía) la acetona del cuerpo es producida por el cuerpo como una fuente alterna de energía. Normalmente el nivel de ketones en el cuerpo es menos de 22mm. Después de varios días de ayuno se aproximan a los 30.mm, y suben constantemente. Lo mas importante es nunca comer ni siquiera probar la comida durante un ayuno, esto solamente sacaría al cuerpo de la ketosis, volviendo a el metabolismo normal de la glucosa en la comida, baja el nivel de ketones y comienza a aparecer el hambre (1).

Es evidente la tentativa de simular un desarrollo del discurso según los cánones científicos, bien en el lenguaje, bien en la misma construcción de las frases y en el recurso a datos numéricos y porcentajes:

Duerme por lo menos 6 horas al día, ya que dormir menos estimula un 15% el apetito (6);

13 Wikipedia, webs de ayuda de enfermos, webs en contra de la anorexia.

14 Más ejemplos: «Ayer fui a mi primera clase de TCA. No saben que tortuuuuuuuuuuuu... por principio, ya me sabía absolutamente todo lo que la miss traía en las diapos, al derecho, al revés, en diagonal, en sopa de letras...» (21).

15 The EAT-26 Test, Something's Fishy Questionnaire, Eating Behaviour Test, Eating Disorder «Need Assessment» Survey, The SCOFF Eating Disorders Test, ANRED: Self-Test). Estas dos citas pertenecen al apartado «Tips».

Se ha demostrado científicamente que las mujeres que no duermen lo suficiente están propensas a engordar más que una que si descansa lo suficiente (mas de 7 horas, creo como mínimo (3).

La convivencia de los dos conceptos de «enfermedad» y «estilo de vida» ha sido definida por parte de la literatura sobre el tema como la «paradoja» de las webs Pro-ana (Fox, Ward, O'Rourke, 2005), haciendo claramente hincapié en el carácter controvertido de la compatibilidad entre los dos modelos. En nuestra opinión, el plantear como ilógica la oscilación entre el discurso biomédico y la ideología Pro-ana procede de la consideración de los dos modelos explicativos como conjuntos monolíticos de conocimientos, y de una manera de entender las relaciones que el sujeto establece entre su sistema de pensamientos y sus acciones en términos de causalidad. En esta aproximación se presume que el sujeto actúe siempre de manera conforme a las representaciones simbólicas que él posee (Pazos, 2006), de forma que al deslizamiento entre enfermedad y estilo de vida se le atribuye el carácter de irracional y paradójico. Lo que conceptualiza este planteamiento es un sujeto sublimado y totalmente descontextualizado, que actúa como un simple ejecutor de los esquemas interpretativos que posee, y que nada tiene que ver con los sujetos comprometidos en la realización de un proyecto existencial de modificación de la propia existencia, como es el caso de los participantes en estas webs. Éstos se ven completamente involucrados en una lucha personal para definirse, en una continua búsqueda de significados para sus acciones que les lleva a acudir a todos los recursos explicativos que poseen. Siguiendo a Good (2006), consideramos que el individuo no concibe como términos separados y excluyentes los diferentes modelos explicativos a su disposición, sino que coexisten y operan simultáneamente, según las diferentes exigencias del sujeto, dando lugar a unas prácticas (o, como en este caso, al planteamiento de unas prácticas) que responden a la crisis de significados que la experiencia de una enfermedad supone para el sujeto que la experimenta.

Por otro lado, creemos que para el sujeto contemporáneo resulta imposible anular por completo el paradigma médico como fuente de referencias sobre cualquier tema que esté relacionado con los conceptos de salud, enfermedad y del cuerpo. En nuestra sociedad, los conocimientos reconocidos como «verdaderos» sobre el cuerpo se siguen

produciendo dentro y solo dentro del paradigma biomédico (Foucault, 1985), por lo que, en la empresa de producir un discurso alternativo sobre el cuerpo y su gestión, resulta casi insostenible prescindir de las nociones biomédicas. Como numerosos estudios ya han señalado (Kleinman, 1980; Wright y Treacher, 1982; Hahn y Kleinman, 1983; Herman, 1984; Perdiguero y Comelles, 2000; Pizza, 2007), una de las características de la mirada médica es que, al no ser cuestionada, parece coincidir con la misma manera de ver y percibir no solo la salud y la enfermedad, sino el mismísimo cuerpo. De esta forma, la perspectiva intrínseca a su punto de vista no se percibe en cuanto tal, sino que se incorpora como inscrita en la naturaleza de las cosas. La liberación de la mirada clínica sobre el cuerpo y la salud requiere de un cuestionamiento teórico y de un ejercicio reflexivo que no se produce en estos espacios virtuales. En estas páginas no se plantea una redefinición conceptual de la idea de salud sino que se propone algo mucho más limitado, esto es, la crítica y la redefinición de un comportamiento en concreto, englobado indebidamente en el campo de lo patológico y reivindicado como sano. La propuesta que sustenta estas webs es la de dar apoyo a una comunidad que comparte otra interpretación de los trastornos alimenticios libre de la estigmatización social, y no la de subvertir la lógica dominante sobre temas de salud y cuerpo.

Finalmente, nuestra opinión es que los dos modelos de interpretación de estas conductas actúan simultáneamente en estas webs según las exigencias de los sujetos, en una relación jerárquica que se configura como opuesta a la que normalmente rige la producción de saberes sobre el cuerpo. Si en el mundo del sentido común el paradigma biomédico ha ido acaparando y ocultando las aportaciones provenientes desde otros campos de conocimiento (Comelles, 2003; Menéndez, 1978) —relegando otros modelos a una posición subalterna con respecto a él—, lo mismo ocurre en estas webs, pero en una relación de poder invertida. El paradigma Pro-ana se establece como el dominante y autorreferencial, y en un continuo juego de reconocimiento-desconocimiento parecido al del modelo médico, se apoya instrumentalmente en otros paradigmas construyéndolos como marginales, y no renunciando, de tal forma, a funcionar como eje referencial principal de las conductas Pro-ana<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Este artículo ha sido posible gracias a la financiación del programa predoctoral JAE-PRE del CSIC y del Grupo de Estudios de Población y Sociedad (GEPS). Así mismo,

*Listado de webs analizadas*

- 1 <http://proanagirl.blogspot.com>
- 2 <http://enamorana.blogspot.com>
- 3 <http://princesitadeanymia.blogdiario.com>
- 4 <http://theprincessbook.blogspot.com>
- 5 <http://bienvenidasamimundosumundo.blogspot.com>
- 6 <http://www.galeon.com/sadprincez>
- 7 <http://princessdeporcelana.blogspot.com>
- 8 <http://fresyprincessana.blogspot.com>
- 9 <http://anymiaforeverandever.blogspot.com>
- 10 <http://pro-anymia.blogspot.com>
- 11 <http://princess8i8.blogspot.com>
- 12 <http://pensamientotriste.blogspot.com>
- 13 <http://myimmortalwound.blogspot.com>
- 14 <http://princesitasana.blogspot.com>
- 15 <http://anymiasiempre.blogspot.com>
- 16 <http://princesaanymia.blogdiario.com>
- 17 <http://eldiariodekristel.blogspot.com>
- 18 <http://amigasanymia.blogspot.com>
- 19 <http://annawords.blogdiario.com>
- 20 <http://newprincessquierolaperfeccion.blogspot.com>
- 21 <http://annaluccia.blogspot.com>
- 22 <http://mecomooamimisma.blogdiario.com>
- 23 <http://princesaenformacion.blogspot.com>
- 24 <http://braulizitoprince.blogspot.com>
- 25 <http://anaquerida.blogspot.com>
- 26 <http://ojosquecambiandecolor.blogspot.com>
- 27 <http://jess-regresoatusbrazos.blogspot.com>
- 28 <http://absurdacenicientah.blogspot.com>
- 29 <http://elblogdeunaprincesa.blogspot.com>
- 30 <http://superificiaal.blogspot.com>
- 31 <http://sknnyprincess.blogspot.com>
- 32 <http://princesitaporsiempre.blogspot.com>
- 33 <http://elsecretomundodeana.blogspot.com>

---

el trabajo forma parte de las actividades desarrolladas dentro del Grupo de Investigación en Dinámicas Demográficas (GDD).

- 34 <http://princesacanu.blogspot.com>
- 35 <http://princezamorada.blogspot.com>
- 36 <http://www.yoproana.blogspot.com>
- 37 <http://principeperfecto.blogspot.com>
- 38 <http://anahastaloshuesos.blogspot.com>
- 39 <http://conmigomimeyo.blogspot.com>
- 40 <http://skynnybitchesalwayswin.blogdiario.com>
- 41 <http://Pro-anasiempre.blogspot.com>
- 42 <http://princessrs.skyrock.com>
- 43 <http://solsinbrillo.blogspot.com>
- 44 <http://princesaconaladekristal.blogspot.com>
- 45 <http://anymialasmejoresamigas.blogspot.com>
- 46 <http://princesaburbujas.blogspot.com>
- 47 <http://40kilos.blogspot.com>
- 48 <http://misprincesitasdecarameloanymia.blogspot.com>
- 49 <http://carrerasanymia.blogspot.com>
- 50 [www.freewebs.com/anaporsiempre](http://www.freewebs.com/anaporsiempre)
- 51 <http://princ3sa-bela2007.blogspot.com>

### *Bibliografía*

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- BARDONE-CONE, A. y K. CASS (2006). «Investigating the impact of pro-Anorexia Websites: a pilot study.» *European Eating Disorders Review* 14: 256-262.
- BARDONE-CONE, A. y K. CASS (2007). «What does viewing a Pro-Anorexia Website do? An experimental examination of Websites exposure and moderating effects.» *International Journal of Eating Disorders* 40(6): 537-548.
- BELL, R. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- BROTSKY, S. y D. GILES (2007). «Inside the «Pro-ana» community: a covert online participant observation.» *Eating Disorders* 15(2): 93-109.
- BYNUM, C. (1987). *Holy feast and holy fast. The religious significance of food to medieval women*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- CHESLEY, E.; J. D. ALBERTS *et alii* (2003). «Pro or con? Anorexia nervosa and the internet.» *Journal of Adolescent Health* 32(2): 123-124.
- COMELLES, J. y MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- CSIPKE, E. y O. HORNE (2007). «Pro-eating disorder websites: users' opinions.» *European Eating Disorders Review* 15: 196-206.
- DAY, K. y T. KEYS (2008). «Starving in cyberspace: a discourse analysis of pro-eating-disorder websites.» *Journal of Gender Studies* 17(1): 1-15.
- DIAS, K. (2003). «The Ana Sanctuary: Women's Pro-Anorexia narratives in cyberspace.» *Journal of Women's studies* 4 (2): 31-45.
- ESTALELLA, A. y E. ARDEVOL (2007). «Ética de campo: hacia una ética situada para la investigación etnográfica de Internet.» *Forum Qualitative Social Research* 8(3): consultado en <www.qualitative-research.net el 29/05/2008>.
- FOUCAULT, M. (1985). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Paris: Presses Universitaires de France.
- FOX, N.; WARD K. y O'ROURKE, A. (2005) «Pro-Anorexia, weight-loss drugs and the internet: an «anti-recovery» explanatory model of anorexia.» *Sociology of Health and Illness*: 27(7): 944-971.
- GILES, D. (2006) «Constructing identities in cyberspace: the case of eating disorders.» *British Journal of Social Psychology* 45: 463-477.
- GOOD, B. J. (2006) *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi Editore.
- HAHN, R. y A. KLEINMAN (1983). «Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions.» *Annual Review of Anthropology* 23: 305-333.
- HARPER, K.; S. SPERRY *et alii* (2008). «Viewership of Pro-Eating Disorder Websites: Association with Body image and Eating Disturbances.» *International Journal of Eating Disorders* 41(92): 92-95.
- HELMAN, C. (1984). *Culture, health and illness*. Bristol London Boston: Wright PSG.
- HOLAHAN, C. (2001). Yahoo removes Pro-eating disorder Internet sites. *The Boston Globe*.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley London Los Angeles: University of California Press.

- LAKSMANA, T. (2002). «Eating disorders and the Internet: the therapeutic possibilities.» *Perspectives in Psychology*: 5 (1): 35-41.
- LATZER, Y.; S. VANDER, *et alii* (2008). «Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: a descriptive epidemiological study.» *European Eating Disorders Review* 16: 139-146.
- LESTER, R. (1995). «Embodied voices: women's food ascetism and the negation of identity.» *Ethos* 23(2): 187-222.
- LYONS, E.; MEHL, M.; PENNEBAKE, J. (2006). «Pro-anorexics and recovering anorexics differ in their linguistic Internet self-presentation.» *Journal of psychosomatic Research* 60: 253-256.
- MANN, C. y STEWART, F. (2002). *Internet communication and qualitative research*. London: Sage Publications.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. y DE IRALA, J. (2003). «Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud?» *Gazeta Sanitaria* 17(5): 347-350.
- MULVEEN, R. y J. HEPWORTH (2006). «An interpretative phenomenological analysis of participation in a Pro-anorexia Internet site and its relationship with disordered eating.» *Journal of Health Psychology* 11(2): 283-296.
- NORRIS, M.; K. BOYDELL, *et alii* (2006). «Ana and the Internet: A review of Pro-Anorexia Websites.» *International Journal of Eating Disorders* 39(6): 443-447.
- PAZOS, A. (2006) «Cuerpos, sujetos, sociedad. Los límites de la cultura». En MUÑOZ GONZALES, B. y LÓPEZ GARCÍA, J. (coord.) (2006) *Cuerpo y medicina. Textos y contextos culturales*. Cáceres: Cicon Ediciones.
- PERDIGUERO, E. y J. COMELLES (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- PIZZA, G. (2007). *Antropología Médica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma, Carocci.
- RANSOM, D. C.; JENNIFER G. LA GUARDIA, *et alii* (2010). «Interpersonal interactions on online forums addressing eating concerns.» *International journal of Eating Disorders* 43: 161-170.

- REGAN SHADE, L. (2003). «Weborexics: the ethical issues surrounding Pro-ana Websites». Conference on Computer Ethics-Philosophical Enquiry, Boston College.
- TORO, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia..
- TORO, J.; CASTRO, J.; GARCÍA, M. *et alii* (1989) «Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence.» *British Journal of Medical Psychology* 62: 61-70.
- WALSTROM, M. K. (2000) «You know, who's the thinnest?: Combating surveillance and creating safety in coping with eating disorders online.» *CyberPsychology and Behavior* 3(5): 761-783.
- WILSON, J.; R. PEEBLES, *et alii* (2006). «Surfing for thinness: a pilot study of pro-eating disorder web site usage in adolescents with eating disorders.» *Paediatrics* 118(6): 1635-1643.
- WRIGHT, P. y A. TREACHER (1982). *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press.



CHANGES IN CONSUMPTION IN BRITAIN:  
PUBLIC ATTITUDES AND PERCEPTIONS

Christina Benson

*Evaluation, Research and Development Unit  
School of Medicine and Health, Wolfson Research Institute,  
Durham University, Queens Campus,  
Stockton-on-Tees, United Kingdom, TS17 6BH  
c.m.benson@durham.ac.uk*

*Abstract: Over half of British adults are now overweight or obese (NEPHO, 2005), with the situation having now being declared an epidemic within Britain. The costs of obesity upon the nation's health and National Health Service (NHS) are massive with many diseases, including type 2 diabetes, cardiovascular disease, sleep apnoea and infertility (Scrimshaw & Dietz, 1995), being attributable to this condition which claims approximately 30,000 deaths per year in England alone (Davey, 2004). This paper explores the impact of changes in consumption habits on obesity focusing upon public perception, comprehension and behaviour. Surveys, website forum threads and a focus group were utilised to explore these issues with participants of different ages in the North East of England. The findings show that the British public are aware of changes in consumption habits with issues such as portion size, food availability, snacking, and food waste all being central to their accounts. With obesity levels rising year on year the provision of services and public health messages which are rooted in public understandings and constructions of nutrition and obesity are urgently required.*

*Keywords: Obesity, Consumption, Portion Size, Britain.*

### *Introduction*

Rising obesity levels are one of the greatest health concerns in Britain today, with the situation having now reached epidemic level. There were 30,000 deaths in 2004 in England alone which were attributable to obesity-related diseases (Davey, 2004: 360), highlighting the significance of this modern health crisis. Not only does obesity severely impact on British mortality rates but the burden of obesity also weighs heavily on morbidity, increasing the load and cost to the National Health Service (NHS) with an estimated £4.2 billion spent per year on obesity-related illness (Department of Health, 2011). Despite attempts to reduce levels of overweight and obesity through Government interventions and national targets set in the 1980s, obesity levels have continued to soar. The Health of the Nation targets (NEPHO, 2005) aimed to reduce obesity in men and women from 7% to 6% and 12% to 8% respectively, between 1987 and 2005. Despite these aspirations, obesity rates have now trebled (NEPHO, 2005). As of 2008 24% of men and 25% women were classified as obese however, when we look at levels of overweight we can identify a significant difference between genders, with 42% of men being classified as overweight and only 32% of women falling into the same category (NHS, 2010).

So, how has the UK come to have such a high prevalence of overweight and obesity and what are the causal factors behind the statistics? There has been a lot of research conducted globally into the causes of obesity, and the issue has been addressed by academics from many different disciplines. Some of the main factors cited as explanations for growing global obesity levels include the relatively recent transitions toward processed foods, influential commercial marketing, sedentary lifestyles, a growing literal and conceptual distance between food and consumer, and growing patterns of over-consumption (Barnes, 2005). All of these factors contribute to what has been termed an 'obesogenic environment' (Swinburn *et alii*, 1999), which refers to the multitude of environmental influences that promote obesity in individuals and/or populations. The 'obesogenic environment' is argued to be characteristic of populations which have recently transitioned to a diet consisting of more energy-dense foods and is directly related to globalisation and Westernisation (Ulijaszek and Lofink, 2006).

This relatively recent change in diet for many populations globally is at odds with the diet which our bodies have adapted to process. Considering obesity from an evolutionary perspective helps to explain the way the human body processes and copes with excess calories, by taking into account the environment in which *Homo sapiens* evolved and adapted. In the environment of evolutionary adaptedness it was advantageous for *Homo sapiens* to have a thrifty genotype/phenotype, in order to protect against times of scarcity. The ability to store excess energy during periods of 'feasting' served as an effective form of insurance, to support and maintain the body during times of 'famine' and thus ensure survival during seasonal change and resource scarcity (Ulijaszek and Lofink, 2006). This tendency to store fat has now become maladaptive as we inhabit a food-secure environment in which individuals consume more and expend less energy than ever before. An imbalance between energy intake and energy expenditure can result in high levels of insulin resistance, hypertension, cardiovascular disease, type 2 diabetes, sleep apnoea, infertility, pre-eclampsia and many other related non-communicable diseases characteristic of Western populations (Levy, 2000 & Scrimshaw & Dietz, 1995). Rising levels of disposable income have been shown to correlate with obesity levels, as a result of the associated lifestyle changes (Zimmet, 2000) and excess weight has been shown to be the cause of more illnesses than any other medical condition (Levy, 2000).

An example of a transitioning population are the people of many South Asian countries, who are now suffering from chronic disease epidemics that have occurred concurrently with a modernization in lifestyle associated with globalisation, a process labelled by Arthur Koestler as 'Coca-colonization' (Zimmet, 2000). As a result of new found wealth and increased food availability South Asians are now consuming significantly greater quantities of food, particularly meat, which appears to be having a marked effect upon the health of the population (Irwin, 2000). Early life environments are argued to have a significant impact upon health in later life and it has been shown that transitioning populations in particular are more susceptible to diseases as adults, particularly obesity, due to a mismatch between predicted and actual environments (Bogin *et alii*, 2007).

Portion size is an area which has received much attention in the USA and Lisa Young and Marion Nestle were some of the first re-

searchers to investigate the effect of portion size upon obesity. Their research into changes in portion size in the USA has shown that not only are market place food portion sizes increasing, they are often exceeding recommendations, sometimes by 480% in the case of some pasta dishes (Young & Nestle, 2002). The fast food industry has been the focus of much research in relation to increased portion sizes and rising obesity levels (Nielsen & Popkin, 2003), particularly because of the introduction of the now notorious super size and value portions of their meals (Nestle, 2003; Spurlock, 2005). Researchers have demonstrated how consumers are enticed into purchasing larger than standard meals through commercial value-adding practices, whereby it is fractionally more expensive, and sometimes cheaper, for the consumer to purchase the super sized meal than the standard meal (Nielsen and Popkin, 2003). These trends are particularly prominent in the United States where food is increasingly consumed away from the home, with over a third of families eating one fifth of their meals in the car, as a result of the time famine with which dual income families are said to be faced (Turner *et alii*, 2008). The lack of ritual and respect around meals and food consumption, for instance eating as a family at the dining table, is argued to be a contributory factor to rising levels of obesity (Rozin *et alii*, 2003)

The availability of oversized portions is particularly detrimental because it has been demonstrated that most individuals cannot accurately estimate portion sizes and are thus unable to calculate caloric intake (Wansink *et alii*, 2005; Young & Nestle, 1998), a phenomenon known as 'portion distortion' (Schwartz & Byrd-Bredbenner, 2006). The term 'portion-distortion' refers to the normalisation of over-sized portions as a result of increased exposure to large portion sizes in restaurants and market-place products. Not only do people struggle to accurately estimate portion size, but it has consistently been shown that increased portion size directly correlates with increased consumption, particularly in relation to super sized meals (Rolls *et al*, 2002, 2004; Wansink *et alii*, 2005).

One area of research has been the impact of demographic characteristics, such as age, gender, BMI and socio-economic status, upon consumption, to ascertain if particular individuals are more likely to consume larger portions than others. Rolls *et alii* (2002) and Wansink and Ittersum (2007) looked at the responses of individuals to

discreet changes in food portions and an unlimited amount of food and found that although there were significant data to illustrate that consumption increased simultaneously with food portion size, there were no data to support the hypothesis that some individuals were more likely to over consume than others. This stance has been challenged by Burger *et alii* (2007) who found in their research that an individual's BMI accounted for 28-51% of the variance in choice of food portion size.

There is a wealth of research which addresses the impact of increasing portion sizes on obesity levels in the United States, however very little has been conducted elsewhere. A comparative study by Rozin *et alii* (2003) found that despite the French gastronomic tradition of rich, calorie-laden food, there was a significantly lower prevalence of obesity in France than in the United States, a phenomenon referred to as the 'French Paradox'. Their findings highlighted how the French consume much less food in one sitting, that snacking was not commonplace and that there was a greater respect for food in French culture when compared to the USA. They argue that it is attitudes towards food, or the ecology of eating, which most significantly affects obesity levels. Interestingly, a cross-national study by Rabin *et al* (2006) showed that within Europe, the United Kingdom displayed one of the highest obesity prevalence's, whereas France had one of the lowest which prompts us to question whether the British eating environment has evolved similarly to that of the USA.

There have been no significant pieces of research conducted to date into changes in portion size in Britain over the past century, so it is important to contextualise some of the major historical events which have shaped the 21<sup>st</sup> century British eating environment. Two of the most important events are, arguably, the impact of the Second World War and rationing and the introduction of intensive farming methods.

At the outbreak of the Second World War (1940) rationing was swiftly introduced into Britain, because of food shortages resulting from the nations' heavy reliance on imported foodstuffs and the need to direct resources toward the War effort. The rationing scheme categorized foodstuffs into three groups; rationed foods (meat, bacon, ham, fats, cheese, sugar and sugar products), quasi-rationed foods (milk and eggs) and un-rationed foods (local, seasonal fruit and veg-

etables) (Zweiniger-Bargielowska, 2000). Because of the restrictive nature of rationing and the unavailability of many foodstuffs for the average Briton, people mainly subsisted on staples of potatoes, bread and vegetables, with items such as meat, sugar and many types of fruit rarely available and prized as luxury items. In a publication on food control during the preceding war years the Ministry of Food stated that;

Since 1940 Britain has suffered a shortage of nearly all the more appetising and popular staple foods. Meat, fish, butter, eggs and sugar have been scarce... People have been compelled to satisfy their physical needs by filling up with larger quantities of the bulky and less attractive vegetable and cereal foodstuffs still obtainable. (Ministry of Food, 1946)

The introduction of intensive farming methods in the 1950s resulted in a plentiful market and so food prices were driven down. The Common Agricultural Policy (CAP) was created after the establishment of the Common Market and was intended to create a single agricultural policy which would be adhered to by a collective of European countries. Its main purpose was to enable countries to increase production and export which had dropped so dramatically as a result of the World Wars (Fennell, 1997). Food shortages quickly ended after the implementation of the CAP and were followed by a profusion of foods which had not been experienced since the early Edwardian period.

In 2004 Davey conducted research into obesity in Britain and his findings showed that British manufacturing, marketing and consumption habits had evolved in a similar way to those in the USA. An analysis of market place products showed that commercial portion sizes had increased, with the introduction of 'Super Size' chocolate bars and 'Big Eat' packets of crisps encouraging over-consumption among the population (Davey, 2004). Davey refers to the British eating environment as 'toxic' because of this promotion of over-consumption, which echoes with the work conducted by Rozin *et alii* (2003) in relation to the eating environment in the USA.

The only comprehensive analysis to date of changes in food portion sizes in Britain over the past 20 years was conducted by Wrieden *et al* in 2008. They found that changes to food portion sizes in Britain

were not as extreme as in the United States but, the introduction of 'giant' and 'king size' chocolate bars, crisps and confectionery had affected average portion sizes being consumed by the British public.

Concern about this issue amongst food producers is increasing, despite the lack of research in Britain, with the retail sector addressing the issue of large portion sizes in the British market place. The Institute of Grocery Distribution (IGD) recently launched a working group in response to concerns relating to over consumption and increases in manufacturer portion sizes (IGD, 2008). The British Food Standards Agency (FSA, 2008a) also held a workshop on the issue in order to analyse the current evidence surrounding portion size and obesity. They noted that while there was a definite increase in portion sizes over the past 15 years, particularly in the confectionery and crisp sectors, there was a vast shortage of current and historical research into changes in British portion sizes (FSA, 2008a).

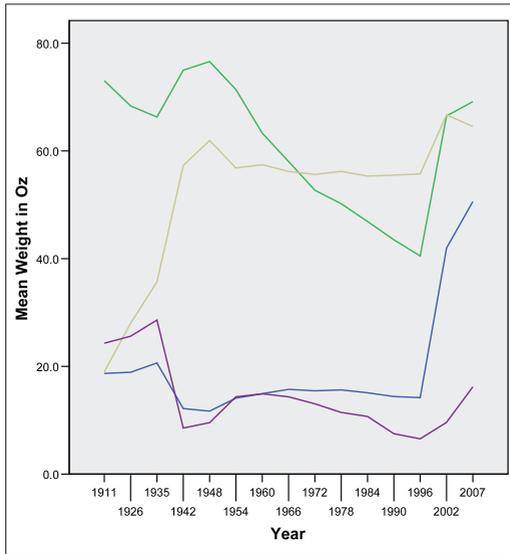
*Figure 1. National food surveys used in the research*

<i>Title</i>	<i>Period Covered</i>	<i>Producing Body</i>
The Urban Working Class Diet: 1940-1949	1909-1949	Ministry of Food
Household Consumption of Selected Foods from 1942 Onwards	1942-1996	DEFRA
Household Food Consumption and Expenditure	1984-1986	MAFF
The Dietary and Nutritional Survey of British Adults	1987	MAFF
The National Dietary and Nutrition Survey: adults aged 19 to 64 years	2000-2001	FSA
The Low income Diet and Nutrition Survey	2003-2005	FSA

In order to fully explore public perceptions of changes in British consumption habits it was important to contextualise opinions by firstly ascertaining actual changes in food consumption nationally. This was achieved through an analysis of national food surveys covering the past century which utilised six surveys in total (see fig.1). The average portion sizes of meat, cereals and grains, potatoes, cheese, fish, fruit, vegetables, fats and sugar, were traced between the years 1909 and 2007. These particular foods were selected as they encompass all food groups and are foods which are commonly consumed

within Great Britain (see fig.2). The analysis of the national food surveys highlighted that British consumption levels have increased, with the rise being most salient within the past 20 years. Consumption levels of protein rich foods (meat and fish) showed some of the most dramatic rises, particularly for meat. As of 2007 the average consumption level of meat and fish per person per day was 593g, despite recommended daily allowances (RDAs) of protein (which also includes beans, peas, eggs and nuts) being between 280g and 425g per woman per day and 400g and 595g per man per day. From this it can be assumed that many people are exceeding RDAs of protein, once the consumption of other protein-rich foods is taken into account and that women particularly are consuming more protein than the RDA.

*Figure 2: Changes in mean portion size of foods consumed per person, per week in Britain over the past century.*



There has been a recent increase in the consumption of carbohydrates, which counteracts the trend evident since the beginning of the 1950s in which carbohydrate consumption was declining. Levels

are rising again, and have almost reached the same levels as when carbohydrate consumption was at its peak, during the war years. There has been a significant increase in the consumption levels of cereals and grains however this is counteracted by the decrease in potato consumption. This could potentially be the result of changes to British dietary habits as a result of international travel and immigration, resulting in an increased prevalence of international carbohydrate staples, such as pasta, cous-cous and rice, in the British diet.

The consumption level of fats and sugars has risen most significantly within the past 15 years. Consumption of sugar peaked during the 1920s (28g per person, per week) decreasing with the onset of the Second World War and rising back up to approximately 10g per person, per week, as of 2007. Consumption levels of fats have been moderately stable since the start of the century, however they have more than tripled within the past 15 years, from 7g per person, per week in 1942, to 24g per person, per week in 2007. This increase in fat is possibly the result of the increased popularity of processed and convenience foods because of a lack of available time for food preparation, with more parents, particularly mothers, working full time.

Despite a plateau in the consumption levels of fruit and vegetables between 1954 and 1996, levels have begun to rise again post 1996. This increase is not equally distributed however, as although fruit consumption has risen since the mid-1990s, vegetable consumption has been gradually decreasing since the 1940s.

The analysis of the national food surveys highlighted that consumption levels of most foods have changed since the start of the century, with the most dramatic increases in food consumption levels seemingly occurring within the past 20 years. Although increases can be found within all of the main food groups, of particular note are the steep increases in meat, carbohydrate, and fat consumption which are significant. These historical trends in consumption are central to understanding changes in the way the British public eat and why certain habits have evolved.

Some of the questions which this explorative study aimed to address included: Why are people eating more? Are people aware of the national increase in food consumption? Do people view increased consumption negatively or positively? Why are the past 20 years so significant in relation to the steeper changes in consumption? Are

there social factors which are influencing obesity as well as biological factors, such as the mismatch between modern and evolutionary environments?

The British public appear to be eating more however, the reality and causation of changes in consumption remains unclear. There could be many possible explanations for the increase in consumption levels including increased food waste, more instances of consumption per person, per day or consumption of larger portions when eating. Building on this, an explorative study was conducted which aimed to focus upon one of these scenarios and identify whether people believed that increases in portion size were occurring and how this may affect obesity levels. The research aimed to establish public perceptions of portion size and how they conceived them to be related to obesity. The findings of this qualitative research will be the proceeding discussion.

### *Methodology*

This study adopted a mixed methodological approach, consisting of a survey, a focus group and the creation of threads on internet website forums.

#### SURVEY

A small, explorative survey was conducted with a total of 24 participants, 14 of whom were males and 10 were females. The sample was drawn from three different social groups: a youth club, a church group and a day centre for the elderly. The reason these groups were selected was because they were deemed to be representative of different generations with the intention of allowing the opinions and perceptions of different age groups to be represented. The survey consisted of a combination of open ended and closed questions and addressed the topics of perception of changing portion sizes, attitude towards changing portion sizes (which followed the second topic, so as not to be leading) and personal dietary habits.

## FOCUS GROUP

A focus group was conducted with 11 women from a local Women's Institute (WI) group in Saltburn, Cleveland and the women were all aged over 56 years old. The WI is a social group most frequently populated by older women who meet to share activities and social events. It is of note that the focus group was thus made up entirely of women and it could be argued that men of similar ages would be able to provide the same quality of data. The decision to conduct this aspect of the study with only women was purposeful because among this generation the women had responsibility for the majority of shopping and cooking, having control over the families diet. The reason this group was selected was because it was felt that these women would be able to provide a more representative and historical account of changes in food portion size.

## WEBSITE FORUM THREADS

Threads were created on two internet forums of different natures. The first was published in a forum on Jamie Oliver's website, with the intention of attracting individuals with a keen interest in food, whereas the second thread was created on the forum of a local newspaper website, to obtain further views from people in the North East of England, where the study was taking place.

Using the internet as an aid to research means that the constraints of the traditional field site become unbounded. This approach facilitates access to a greater number and diversity of people than a piece of sited ethnographic research would allow, significantly affecting potential sample. Escobar argues that the transformation of computing, in particular the internet, provides a 'privileged arena' (1994) for anthropological research in many different fields, such as culture, biology and history. As the internet is an interface through which communication occurs, the perceived safety and anonymity which it provides to participants could encourage them to report more honestly and openly. It was predicted that participants in the forums would be more likely to discuss and reveal less socially acceptable behaviours and also be more critical of society and policy in relation to obesity and portion sizes than in situ participants would.

### *Findings*

Although the initial aim of this research was to focus specifically upon public perceptions of changes in portion size, as the research evolved it was evident that participant's attitudes were more generally related to issues surrounding consumption. In order to fully represent lay perceptions and attitudes it was felt important to illustrate this wider set of beliefs around consumption as opposed to one isolated issue which was not comprehensive in their understandings. By addressing the data in a more holistic manner it is possible to produce a clearer picture of the ecology of eating in Britain today. This section will therefore address the main themes which arose during data analysis; portion size, meat consumption, larger plate sizes, waste and snacking.

#### PORTION SIZE

The results of the survey showed that 62% of participants felt that portion sizes had increased over their lifetime. This was supported by focus group and website forum thread data, whereby all participants felt that portion sizes had increased. A lot of blame was directed at the role of restaurants, ready meals and fast food outlets in the trend of increasing portion size, with the infamous super size meal at McDonalds being frequently cited by participants as a catalyst for the trend. The trend of increased portion sizes was believed to be the direct result of exposure to American culture, for instance one participant felt 'it is their habits we emulate and they think bigger is better' (Male, aged 46-55, Website Forum Contributor).

The introduction of larger portions in some establishments was felt to be incredibly influential in relation to consumer choice and one participant argued that:

people go to a restaurant if it has large portions and then that causes competition so everywhere's portions increase (*Male, aged 66-75, Survey Participant*)

Data from the survey showed that 21% of participants said that they would select a restaurant if it was known to serve larger por-

tions. When analysed in relation to gender we can see that in fact 29% of men would base restaurant selection on portion size whilst only 10% of women would. When we look at the same query in relation to age it was found that 40% of participants aged under 25 used serving size as a criteria for restaurant selection, whilst only one other participant (aged 66-75) made the same assertion.

Attitudes toward larger portion sizes were generally negative however, of interest is the effect which gender had upon attitude towards portion size. There was a clear divide in the responses of men and women, as 60% of women viewed increased portion sizes negatively, whilst only 29% of men held the same belief. When looking at attitude in relation to age there appears to be a relatively equal distribution of attitudes, except amongst 16-20 year olds, where 50% of participants felt the availability of over-sized portions was a positive thing. When questioned as to whether participants would purchase a 'super-size' meal if given the option 80% of women said they never would and 20% said they rarely would. For men however, 29% said that they always would select a super-size option with only 21% saying that they never would.

It's not good at all. For instance, when I take my grandchildren to the cinema the size of the popcorn is enormous. You get far too much popcorn whereas, we would get a little packet [indicated with hands a packet size of 4 inches square] and now it is just wrong in my eyes (*Female, Aged 66-75, Focus Group Participant*)

The main reason given by participants as to why they felt that the availability of larger portion sizes was negative and potentially detrimental was the temptation which they presented to over-consume.

It encourages people to have a distorted image of what a portion size is and to accept that larger is normal, thus increasing calorie intake (*Female, aged 46-55, Survey Participant*)

Rather than waste it you do tend to eat it up (*Female, aged 56-65, Focus Group Participant*)

## MEAT

The issue of meat consumption arose throughout the study, with participants arguing that more meat is being consumed now than at any other time over the past century, which correlates with the data from the national food surveys. This study showed no correlation between amount of meat consumed and gender or age however, as this was an explorative study it may not be representative and so warrants further study. Thirty six percent of survey participants stated that they consumed at least one portion of meat daily, with two of the focus group participants believing that the daily consumption of meat or fish was imperative to health:

Meat and fish are part of a balanced meal. If you're going to cook and eat properly you have to have one or the other in your meal (*Female, aged 66-75, Focus Group Participant*)

Well in my training [as a school cook] in the sixties we were told that we had to have meat or fish every day (*Female, aged 56-65, Focus Group Participant*)

Another participant (female, aged 56-65) argued that increased meat consumption was the main cause of cancer in Britain, referring to the lower cancer rates and smaller degree of meat consumption among the Japanese. The impact of meat consumption on cancer is a contested area however, increased consumption of red meat and processed meat does appear to be linked with increased risk of colorectal cancer (Sandhu *et alii*, 2001). It is important to note that the views presented above were provided by participants in the focus group and so it is possible that a lack of comprehension around healthful consumption of meat may be something specific to that generation, as similar views were not presented by younger participants. These distorted viewpoints highlight the need for a single, clearly defined health message about meat and fish consumption, along with a clearer message about different sources of protein.

There were two main reasons proposed by the participants as to why as a nation we are consuming larger portions of meat today than at any other point over the past century. The reasons given were the effect of rationing during the Second World War and the impact of intensive farming policies and mass markets, as was identified at the

outset of the study. The impact of rationing was a predominant theme during the focus group research, understandably because many of those participants had first-hand experience of the later period of rationing. The consensus was that when the rationing of meat ceased in Britain the public were desperate to purchase this exclusive product. Consumption of larger portions of meat denoted status, as it was only the wealthy that could afford to purchase this expensive commodity in any great quantity and so increased meat consumption became aspirational. The status attributed to meat was something only identified by the focus group participants and this may be because it is not deemed as important among other generations however, it may also be because it was not explicitly asked of other participants. Whether younger generations view meat consumption as aspirational or not, the data collected from focus group participants allows us to contextualise and rationalise why certain behaviours may have begun and how they have evolved over time.

The impact of intensive farming methods was also addressed as a reason for increased consumption of meat and was believed to be the cause of the decreasing cost of meat. This drop in price, coupled with the attribution of status to meat post-rationing, would inevitably result in an increased consumption, and so participants felt that many people began to eat more meat during this period, simply 'because we could afford it' (Female, aged 76+, Focus Group Participant).

The impact of cheap meat products is only too evident in today's society with mass-produced manufactured meat products being incredibly affordable. For instance a packet of eight economy beef burgers from Tesco costs only £0.79, equivalent to less than 10 pence per burger (Tesco Groceries Website: 24/05/2011). A promotion which has become commonplace in most major supermarkets in Britain today is 3 for £10.00 on meat items, which includes items such as whole chickens, beef mince and lamb or pork steaks. On the assumption that each item were to yield four servings, although many products would give more than this, each serving of un-processed meat would only cost £0.83. Meat consumption is evidently easier and more accessible now because of its affordable nature.

## PLATE SIZE

Another theme which emerged from the research was the issue of plate size and this was rather unexpected as, although research has been conducted into its effects in the USA (Rolls *et alii*, 2007; Wansink *et alii*, 2005), it was not predicted that this is something which the public would be conscious of. Participants in the focus group discussed how they felt that plate sizes had increased and how this directly affected food consumption. Participants discussed an awareness and personal experience of a link between portion size and consumption with some sharing with the group that they purposefully used smaller plates when dieting although research by Rolls *et alii* (2007) found that reduction in plate size did not significantly affect energy intake in the way that increased plate size does. This issue was also identified by participants in the website forum threads who felt that the 'fashion' of larger plate size was something which had emerged in restaurants and subsequently carried over into the domestic environment because of its 'feel of affluence and confirmation of success' (Male, aged 46-55, Website Forum Contributor). This opinion echoes others about oversized food portions originating in restaurants and also links with participants' beliefs that increased consumption is symbolic of status, luxury and achievement.

## 'WASTE NOT, WANT NOT'

The notion of waste was often referred to by participants throughout the period of study. The slogan 'Waste Not, Want Not' was introduced to Britain during the war years by the Ministry of Food, and refers to a national drive which encouraged people to be frugal and thrifty with all resources and was specifically adopted by the nation in relation to food wastage. Participants in the focus group discussed how this mentality was readily adopted and in particular among mothers, as a means to ensure that children consumed everything presented to them, which was vitally important during the period of rationing. This notion becomes problematic however when implemented in a food secure context, even more so in an environment deemed to be obesogenic. As one would expect the discussions of this slogan were most prevalent among focus group participants, who felt strongly that

this concept had become embedded into the public consciousness and passed down generations.

We were brought up on slogans (*Female, aged 76+, Focus Group Participant*)

Your mother drilled into you that you finished what was on your plate (*Female, aged 66-75, Focus Group Participant*)

Although the slogan ‘Waste Not, Want Not’ was never explicitly used by survey and website forum thread participants, many people discussed how there was a sense of guilt around leaving food on their plates, with one participant saying how ‘If it [food] is on my plate, but I am full I will still feel like I have to eat the contents of my plate’ (*Female, aged 26-35, Survey Participant*).

A female participant in the forum threads discussed her husbands’ consumption habits and explained that:

he will clean up his plate whether he is full or not. I’m trying to teach him that he’s allowed to leave food on the plate if he’s full - you don’t have to eat it all just because it’s on the plate. But he was brought up to finish *all* of his food and it’s hard to retrain his thinking (*Female, aged 36-45, Website Forum Contributor*)

These examples highlight the fact that even in younger generations there remains a sense of guilt and obligation surrounding food consumption for some individuals and within our food secure environment, this habit can have a serious impact upon obesity levels, especially when coupled with oversized food portions. Further research into the sense of guilt felt by some around food wastage would be very beneficial, particularly with reference to gender, age, socioeconomic status and dieting history.

#### SNACKING

The final theme which emerged was the public attitude towards snacking. Participants from the focus group and website forum threads both raised this topic and it was argued that snacking between mealtimes is a recent phenomenon. Participants recalled how as children they were never allowed to eat between meals, nor did they allow their children to do so.

People are just constantly eating and drinking all the time and you never saw this before. We just didn't snack before. You just ate at meal times (*Female, aged 56-65, Focus Group Participant*)

One participant felt that the reason snacking had become commonplace was a combination of improved food storage and refrigeration, the prevalence of 'Buy One Get One Free' deals in supermarkets and the increase in the number of working mothers, which meant that 'grazing' became a normal state of affairs (*Female, aged 66-75, Focus Group Participant*).

The nutritional content of typical snack foods was also addressed, with many referring to such foods as '*junk*' and these products were also blamed for rising obesity levels within Britain. In light of the discussions at the focus group and website forum threads, the issue was also addressed within the survey, specifically looking at typical snack foods which people consume, along with snacking frequency. The findings show that the average number of snacks consumed per person per day was three, with some participants regularly consuming five snacks a day. The most popular types of snacks were crisps, biscuits and chocolate, with only 25% of participants selecting what were deemed to be 'healthier snacks' (fruit, nuts, cereal bars and yoghurts). Other typical snacks reported were cake, sandwiches, cheese, custard, muffins and toast. These findings correlate with the ideas presented by focus group participants as to what people typically choose to snack on, as well as how often people snack. Two of the most popular snacks, crisps and chocolate bars, are foods which now come in a range of different sizes, often with 'big eat' 'king size' and 'super size' options. For instance, a standard bag of Walkers ready salted crisps contains 133kcal, whereas a 'Big Eat' bag of the same product contains 265kcal, basically twice as many. The increased portion sizes available for these products, coupled with the fact that they are frequently consumed can only be detrimental to consumers' health.

### *Discussion*

The research shows that there is public awareness of an increase in portion sizes, with many people viewing this change negatively. The impact of exposure to American culture, a cause suggested by participants, is certainly a plausible explanation as to why portion sizes

in Britain may have started increasing. Over the past century Britain has increasingly adopted American culture and integrated it with its own, with things such as McDonalds, Starbucks and Hollywood movies now assimilated into British culture. Ritzer & Ryan (2004) argue that the consumption focused attitude of American society has become commonplace in Britain now also. The impact of globalisation is evident in British eating culture and the country now has more fast food restaurants than ever before along with a myriad of portion size choices.

Of interest are the differences in responses of men and women in this study, with a clear division in attitude towards the acceptability of larger portion size availability. Many more women viewed larger portion sizes negatively than men and men were far more likely to select a 'super-size' meal or base restaurant choice on portion size than women. There could be many reasons for these differences, such as dieting history, social pressure on women to be thin, the role of the mother as guardian of the family's health and the stigma surrounding obesity (Cahnman, 1968). The effect of gender upon attitudes and behaviour in relation to obesity and over-consumption within this population is an area which would benefit from further exploration to try and unpick the social, biological and environmental factors behind these attitudes and behaviours. Participants of both sexes under 25-years old also displayed similar choices to males in relation to portion size and this could be due to a number of factors, such as a smaller amount of disposable income and general good health throughout their life leading them to be less concerned about their health than older participants may be. With children and young adults facing severe health complications in later life as a result of rising levels of obesity among this generation it is important to understand and alter consumption choices within this age group and promote a healthier ecology of eating within British society to protect the future health of the nation.

People are aware of a general increase in meat consumption and many are consuming meat or fish on a daily basis. Participants were clear about their reasons as to why consumption has increased so dramatically which they felt was due to affordability and availability, as a result of a plentiful and cheap supply of meat. Rationing within Britain appears to have impacted upon current meat consumption levels,

as it became symbolic of luxury and status. Zweiniger-Bargielowska (2000) argues that the lack of meat during the war years particularly affected the working classes, as meat had previously been a marker of male privilege among this group. When meat became more readily available it is understandable that consumption increased, as not only was it symbolic of status within the household, but also within the wider community. The recent drop in prices is the result of the intensive farming methods encouraged by the CAP (Fennel, 1997) and has resulted in people from different socio-economic backgrounds being able to purchase and consume meat in greater quantities than ever before. Therefore, the loaded nature of meat as a commodity, a concept which potentially pervades all generations, coupled with a dramatic drop in cost, helps to explain the increase in meat consumption in Britain.

The 'Waste Not, Want Not' concept appears to play an important role in public consumption habits, with participants of different ages discussing an inert obligation to finish all food they are presented with. Although the notion was salient at the time it was introduced, its legacy appears to be a negative one, as the consumer driven eating environment in Britain today promotes larger portion sizes and encourages over consumption. No literature about this subject has been found and this theme is important to participants' behaviours and attitudes towards dining. It is likely that this attitude will be more prevalent amongst people of lower socio-economic status, because this group has less disposable income. Of particular interest is the way in which these concepts are culturally transmitted and disseminated through generations, even after the point at which it becomes detrimental to health. It is important to understand peoples' attitudes toward food consumption in order to create and implement public health policies which can effectively tackle obesity problems, and so research into people's attitudes, behaviours and patterns of eating is central to obesity reduction and prevention.

This study suggests that snacking is viewed as a relatively recent behaviour, with many older participants saying that eating between mealtimes was unheard of whilst they were younger and even considered impolite. The survey supported the assertions that snacking appears to have become commonplace, with the amount of snacking done being relatively high. The most popular types of snack foods are

not only of poor nutritional quality, but are also increasingly offered in a choice of portion sizes, some of which can be two or three times the size of a standard portion. The findings from this research, and from the research of others (Rolls *et al*, 2002, 2004), have demonstrated that people feel compelled to finish all of their food and that portion size directly affects consumption. Therefore, when people are consuming food between meals, and also opting for super size options of their snacks, caloric intake is going to be significantly affected.

### *Conclusion*

It was hypothesised that the increased levels of food consumption in Britain, particularly during the past 20 years, were either the result of more frequent food consumption or a trend towards the consumption of larger portions of food. The findings of this explorative study suggest that both assertions could be true. Portion sizes do appear to have increased commercially and domestically and the high prevalence of snacking is also affecting overall consumption. Participants generally viewed larger portion sizes negatively however, there were notable differences in attitude among men and women. This study highlighted how public perceptions of obesity and consumption are multi-faceted, including issues such as the impact of globalisation, intensive farming methods, attitudes towards waste, the rise in snacking and the status afforded to certain foods, as well as the effect of changes in portion sizes. When all of these environmental influences upon consumption are coupled with a pre-disposition to store fat, it is evident that the British eating environment is becoming increasingly detrimental to the nations health. Public health policy needs to account for and address the impact of the British eating environment on obesity levels, paying particular attention to lay perceptions, attitudes and behaviours. Only by adopting a holistic, forward-thinking approach to obesity reduction and prevention can this national epidemic be adequately addressed.

*References*

- BARNES, E. (2005) *Diseases and Human Evolution*. University of New Mexico Press: USA
- BOGIN, B.; VARELA SILVA, M.I. & RIOS, L. (2007) «Life History Trade-Offs in Human Growth: Adaptation or pathology». *American Journal of Human Biology* Vol.19, pp.631-642
- BURGER, K.; KERN, M. & COLEMAN, K. (2007) «Characteristics of Self-Selected Portion Size in Young Adults». *Journal of the American Dietetic Association* Vol.107, No.4 pp611-618
- CAHNMAN, W. (1968) «The stigma of obesity». *The Sociological Quarterly* Vol.9, No.3, pp.283-299
- DAVEY, R. C. (2004) «The obesity epidemic: too much food for thought?». *British Journal of Sports Medicine* Vol.38, No.3 pp360-364.
- DEFRA (DEPARTMENT FOR ENVIRONMENT, FOOD AND RURAL AFFAIRS). *Household Consumption of Selected Foods from 1942 Onwards*. <<https://statistics.defra.gov.uk/esg/publications/nfs/default.asp>>.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2011) *Obesity Webpage* <<http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Obesity/index.htm>>.
- FENNELL, R. (1997) *The Common Agricultural Policy: Continuity and Change*. Oxford University Press, Oxford.
- FSA (FOOD STANDARDS AGENCY). (2003). *The National Dietary and Nutrition Survey: adults aged 19 to 64 years. Vol. 1.Types and Quantities of Foods Consumed*. The Stationery Office: London.
- FSA (FOOD STANDARDS AGENCY). (2008a) «Trends in Portion Sizes in the UK.A Preliminary Review of Published Information». FSA, London. <<http://www.food.gov.uk/news/newsarchive/2008/jun/portion-size>>.
- FSA (Food Standards Agency). (2008b) *Low Income Diet and Nutrition Survey: Vol. 2: Food Consumption and Nutrient Intake*. The Stationery Office: London. Also available from <<http://www.food.gov.uk/science/dietarysurveys/lidnsbranch/>>.
- IGD: INDUSTRY NUTRITION STRATEGY GROUP (INSG) «Portion Size Working Group (2008)». *Portion Size: A Review of Existing Approaches*. <<http://www.igd.com/index.asp?id=1&fid=1&sid=4&tid=54&cid=105>>.
- IRWIN, T. (2000) *India Faces Weighty Problem*. BBC News Online. <[http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/south\\_asia/986628.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/south_asia/986628.stm)>.

- LEVY, L. (2000) *Understanding Obesity. The Five Medical Causes*. Firefly Books: New York.
- MAFF (MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD). CRAWLEY, H. (1988) *Food Portion Sizes*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- MAFF (MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD) GREGORY, J. (1990) *The Dietary and Nutritional Survey of British Adults : a survey of the dietary behaviour, nutritional status and blood pressure of adults aged 16 to 64 living in Great Britain*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- MAFF (MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD). (1970-1991) *Household Food Consumption and Expenditure: Annual Report of the National Food Survey Committee*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- MAFF (MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD). MILLS, A. & PATEL, S. (1993) *Food Portion Sizes: Second Edition*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- MINISTRY OF FOOD (1946) *How Britain was Fed in War Time: Food control 1939-1945*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- MINISTRY OF FOOD (1951) *The Urban Working-Class Household Diet 1940 to 1949: First report of the National Food Survey Committee*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- NEPHO (2005) *Implications of Public Health in the English Regions 3: Lifestyle and its impact on health*. Association of Public Health Observatories. <<http://www.nepho.org.uk/view-file.php?c=599>>.
- NESTLE, M. (2003) «Increasing portion sizes in American diets: More calories, more obesity». *Journal of the American Dietetic Association* Vol.103, No.1 pp39-40.
- NIELSEN, S. & POPKIN, M. (2003) «Patterns and Trends in Food Portion Sizes, 1977-1998». *Journal of the American Medical Association* Vol.289, No.4, pp450-453.
- NHS (2010) *Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet: England, 2010*. The NHS Information Centre. <[http://www.noo.org.uk/data\\_sources/adult/health\\_survey\\_for\\_england](http://www.noo.org.uk/data_sources/adult/health_survey_for_england)>.
- RABIN, B.A.; BOEHMER, T.K. & BROWNSON, R.C. (2006) «Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe». *European Journal of Public Health* Vol.17, No.1, pp.53-61

- RITZER, G. & RYAN, M. (2004) «Americanisation, McDonaldisation and Globalisation». In. *Issues in Americanisation and Culture*, pp41-61. Campbell N., Davies J. & McKay G. (eds.). Edinburgh University Press: Edinburgh: 2004.
- ROLLS, B.; MORRIS, E. & ROE, L. (2002) «Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women». *American Journal of Clinical Nutrition* Vol.76 pp1207-1213.
- ROLLS, B.; ROE, L.; KRAL, T.; MEENGES, J. & WALL, D. (2004) 'Increasing the portion size of a packaged snack increases energy intake in men and women.' *Appetite* Vol.42 pp63-69.
- ROLLS, B.; ROE, L.; HALVERSON, K. & MEENGES, J. (2007) «Using a smaller plate did not reduce energy intake at meals». *Appetite* Vol.49, pp.652-660.
- ROZIN, P.; KABNICK, K.; PETE, E.; FISCHLER, C. & SHIELDS, C. (2003) «The Ecology of Eating: Smaller Portion Sizes in France than in the United States Help Explain the French Paradox.» *Psychological Science* Vol.14, No.5, pp450-454.
- SANDHU, M.; WHITE, I.; & MCPHERSON, K. (2001) «Systematic Review of the Prospective Cohort Studies on Meat Consumption and Colorectal Cancer Risk: A meta-analytical approach». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* Vol.10, pp.439-446.
- SCHWARTZ, J. & BYRD-BREDBENNER, C. (2006) «Portion Distortion: Typical Portion Sizes Selected by Young Adults.» *Journal of the American Dietetic Association* Vol.106, No.9 pp1412-1418.
- SCRIMSHAW, N.S., & DIETZ, W.H. (1995) «Potential Advantages and Disadvantages of Human Obesity». In I. GARINE & N. POLLOCK. (eds.) (1995) *Social Aspects of Obesity*. Overseas Publishers Association: Luxembourg, pp.147-162.
- SPURLOCK, M. (2005) *Don't Eat this Book*. Penguin Books Ltd: London.
- SWINBURN, B.; EGGER, G. & RAZA, F (1999) «Dissecting Obesogenic Environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity». *Preventive Medicine* Vol.29, No.6, pp.563-570.
- ULJASZEK, S. & LOFINK, H. (2006) «Obesity in Biocultural Perspective». *Annual Review of Anthropology* Vol. 35 pp337-350.
- WANSINK, B.; PAINTER, J.E. & NORTH, J. (2005) «Bottomless Bowls: Why Visual Cues of Portion Size May Influence Intake». *Obesity Research* Vol.13, No,1, pp93-100.

- WANSINK, B. & ITTERSUM, K. (2007) «Portion Size Me: Downsizing Our Consumption Norms». *Journal of the American Dietetic Association* Vol.107, No.7 pp1103-1106.
- WRIEDEN, W.; GREGOR, A.; & BARTON, K. (2008) «Have Food Portion Sizes Increased in the UK Over The Past 20 Years». *Proceedings of the Nutrition Society* Vol.67 (OLE) E211.
- YOUNG, L. & NESTLE, M. (1998) «Variation in perceptions of a 'medium' food portion: Implications for dietary guidance». *Journal of the American Dietetic Association* Vol.98, No.4, pp458-459.
- YOUNG, L. & NESTLE, M. (2002) «The Contribution of Expanding Portion Sizes to the US obesity epidemic». *American Journal of Public Health* Vol.92, No.2, pp246-249.
- ZWEINIGER-BARGIELOWSKA, I. (2000) *Austerity in Britain*. Oxford University Press: Oxford.
- ZIMMET, P. (2000) «Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: can the Doomsday scenario be averted?». *Journal of Internal Medicine* Vol. 247, pp301-310.



CUERPO MEDIDO Y CUERPO PERCIBIDO: REFLEXIONES  
SOBRE LA CORPULENCIA A PARTIR DE ENCUESTAS  
DE SALUD POBLACIONALES EN CHILE

Claudia Giacoman Hernández

*Doctoranda en Sociología, École des Hautes Études  
en Sciences Sociales Centre Edgar Morin  
22, Rue d'Athènes - 75009 París  
cgiacoma@gmail.com*

*Resumen: La Encuesta Nacional de Salud 2003 muestra que la mayoría de los chilenos padece sobrepeso u obesidad. Pese a ello, los adultos de dicho país perciben en general su peso como normal. Usando datos proporcionados por diversas encuestas, este artículo analiza la distancia entre el cuerpo medido y el cuerpo percibido de los chilenos. Los resultados muestran que la discordancia entre la corpulencia medida y la declarada es más frecuente entre los menos educados y los hombres, mientras que la concordancia con la visión médica es más común entre las mujeres y los grupos cultivados.*

*Palabras clave: imagen corporal, corpulencia, Chile, encuestas de salud.*

*Abstract: The 2003 Chilean National Health Survey shows that the majority of the country's population is overweight or obese. However, Chilean adults tend to perceive their weight as normal. Based on data of various national surveys, this article offers an analysis of the gap between the measured body and the perceived body in Chile. The results show that the discrepancy between measured and declared body size is more common among less educated people and men, while the agreement with the medical view is more common among women and cultivated groups.*

*Keywords: body image, body size, Chile, population health surveys.*

### *Introducción<sup>1</sup>*

En Chile, la última *Encuesta Nacional de Salud* mostró que en el año 2003 un 24,2% de los chilenos mayores de 20 años padecían de obesidad según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta cifra representa un valor relativamente alto, pues está por encima de las cifras encontradas en la mayoría de los países europeos (De Saint-Pol, 2006), aunque sigue siendo más baja que las observadas en México y Estados Unidos de América (Olaiz, Rivera, Shamah *et alii*, 2006; Ogden, Carroll, Curtin *et alii*, 2006). Por otra parte, la misma encuesta mostró que el sobrepeso afectaba a un 40,7% de los adultos mayores de 20 años, mientras que solo un 34,2% tenía en dicha encuesta un peso considerado normal.

Los datos aquí presentados revelan que más de un 60% de los chilenos se alejan considerablemente de los criterios que la OMS define como normales. Pese a ello, la *Encuesta de Calidad de Vida y Salud* realizada en Chile en el año 2000 mostraba que la mayoría de la población mayor de 20 encontraba que su peso era normal (57,9%), algo menos de un tercio creía tener sobrepeso (31,5%) y muy pocos se consideraban obesos (2,6%). ¿Qué se esconde detrás de esta evidente falta de correlación entre la percepción que los chilenos tienen de sus propios cuerpos y su respectiva medición corporal? Este artículo reflexiona en torno a este interrogante.

La gran distancia entre las cifras de la corpulencia<sup>2</sup> medida antropométricamente y las que son fruto de la autoevaluación de los sujetos podría hacer concluir apresuradamente que gran parte de los chilenos son «anormales», tanto por salirse de la norma de peso considerada saludable como por no percibir correctamente su «cuerpo real». No obstante, esta interpretación olvida que las definiciones de la normalidad en medicina y en psicología son construidas socialmente (Blood, 2005), así como también lo son las nociones populares sobre el cuerpo, la salud y la belleza.

1 Las estadísticas presentadas en este artículo derivan de los análisis realizados por la autora a partir de bases de datos proporcionadas por el Ministerio de Salud de Chile al *Centre Edgar Morin* mediante la firma de un convenio. Se quiere agradecer a este ministerio por su buena disposición y continua colaboración.

2 Por corpulencia se entiende el volumen del cuerpo.

En este marco, el objetivo de este artículo es analizar la distancia existente entre la visión médica y la visión cotidiana de la corpulencia en Chile. Para ello, se propone comparar las clases de corpulencia con las que los individuos se identifican con aquellas otras que utiliza la OMS en su clasificación. Además, y en tanto que se considera que ambas nociones son productos de la sociedad, se plantea también identificar los perfiles sociales de los individuos cuya imagen corporal es concordante con su corpulencia medida, así como de aquellos en los que se da una discordancia entre ambas visiones.

Para alcanzar estos objetivos de investigación se realizó un análisis estadístico de los datos provenientes de la fusión de dos encuestas nacionales realizadas por el Ministerio de Salud de Chile: la *Encuesta de Calidad de Vida y Salud* (ECVS)<sup>3</sup> del año 2000, que cuenta con una pregunta sobre la autoevaluación de la corpulencia basada en la selección de cuatro figuras<sup>4</sup>, y la *Encuesta Nacional de Salud* (ENS)<sup>5</sup> aplicada el año 2003 a una sub-muestra de la primera, en la cual se realizaron mediciones antropométricas de los participantes. La base de datos resultante con la que se trabajó contó con 1.789 casos correspondientes a los encuestados mayores de 20 años<sup>6</sup> que contaban con información en la pregunta de autoevaluación del peso corporal, así como del peso y la talla, datos con los que se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>7</sup>, las clases de corpulencia según la

3 La muestra fue representativa de la población mayor de 15 años en Chile. El muestreo fue estratificado y trietápico. El tamaño de la muestra para el módulo individual fue de 6.228 casos.

4 Esta pregunta fue incluida en un cuestionario auto-aplicado, en el cual se preguntaba «¿Cómo considera Ud. que es su peso según los dibujos de la página siguiente?». Los dibujos fueron diferentes para hombres y mujeres y el primero estaba etiquetado como «bajo peso», el segundo como «normal», el tercero como «sobrepeso» y el cuarto como «obeso». Este hecho pudo haber influenciado la respuesta elegida.

5 Este estudio fue un gran examen de salud. La muestra buscó representar a la población mayor de 17 años en Chile. Fue una sub-muestra de la ECVS 2000 y la selección de los casos fue llevada a cabo por un muestreo estatificado y aleatorio. El tamaño de la muestra fue de 3.619 casos. Un 59% de los casos respondió ambas encuestas.

6 Se excluyó a los menores de 20 años con el fin de hacer comparables los datos con los obtenidos por otras encuestas de salud similares.

7 El Índice de Masa Corporal (IMC) es el indicador recomendado por la OMS para calcular la corpulencia de una persona y se establece en función del peso en kilogramos del individuo dividido por el cuadrado de la talla en metros.

OMS<sup>8</sup> y la concordancia entre la corpulencia medida y la percibida. La base de datos fue ponderada para asegurar su representatividad.

En este artículo se propone que una de las posibles razones que inducirían a la mayoría de los chilenos a encasillar su cuerpo de manera diferente a cómo es etiquetado desde una perspectiva clínica está relacionada con que gran parte de la población no comparte la visión médica de lo que es un volumen de cuerpo normal. Por el contrario, la concordancia sería más frecuente en aquellos grupos donde existe una mayor presión por la apariencia física y una mayor influencia de los discursos médicos, como sucede con las mujeres y los grupos más cultivados (Gracia y Contreras, 2008: 66).

La obesidad, en tanto fenómeno corporal, no puede ser contemplada solo desde la biología, porque olvidaríamos que el cuerpo, además de un organismo vivo, es también portador de significados (Le Breton, 2002: 7), y que por consiguiente, la forma que el cuerpo adquiere se encuentra también moldeada por la cultura y el orden social al que los individuos pertenecen (De Garine y Pollock, 1995: xviii). Desde esta posición, este trabajo busca contribuir a la comprensión del fenómeno de la obesidad en Chile, cuestionándose sobre el trasfondo cultural que la produce e interrogando la validez de las interpretaciones en salud que han planteado una lectura unívoca al problema.

### *La distancia entre el cuerpo medido y el cuerpo percibido en los chilenos*

Tal como se enunció en la introducción, el año 2000 la mayoría de los chilenos mayores de 20 años consideraba que su peso era normal (57,9%); no obstante, las mediciones antropométricas realizadas tres años más tarde en la misma población indicaron que solamente un 34,2% de ellos estaba en dicha categoría. La visible contradicción de estas cifras puede comprenderse mejor al analizar las respuestas de quienes participaron en ambas encuestas, análisis que se realizará teniendo en consideración los problemas metodológicos de tal empresa<sup>9</sup>.

8 La OMS propone clasificar la corpulencia de los adultos en cuatro categorías: bajo peso ( $IMC < 18,5$ ), peso normal ( $18,5 \leq IMC \leq 24,99$ ), sobrepeso ( $25 \leq IMC \leq 29,99$ ) y obesidad ( $IMC \geq 30$ ).

9 Los datos que disponemos presentan varios problemas de orden metodológico. Primero, que la muestra solo incorpora a los que después de haber participado en el

Una primera lectura de las respuestas de quienes participaron en estos estudios evidencia que la mayoría absoluta de los participantes se clasificó en una figura que representaba un peso diferente de aquél que les fue medido tres años más tarde, siendo lo más frecuente la elección de una figura más delgada que la observada después. Concretamente, un 55,2% de los encuestados se identificaron más esbeltos el año 2000 que lo indicado por su IMC en 2003; un 41,7% de los encuestados se clasificó a sí mismo de la misma forma en la que fue clasificado según los indicadores antropométricos de corpulencia; mientras que solamente un 3,2% se sintió representado con una figura más corpulenta que aquella que lo caracterizaba desde una perspectiva médica el año 2003. En síntesis, un 58,3% de las personas presenta datos discordantes en ambas mediciones, lo que a su vez se refleja en el hecho del que el índice de acuerdo entre las variables de ambas encuestas sea bajo ( $Kappa = 0,126$ ), pese a que existe una dependencia estadísticamente significativa entre la autoevaluación del peso corporal y las clases de corpulencia según la OMS. La tendencia coincide bastante con los resultados de un estudio anterior realizado en Santiago de Chile (Atalah, Urteaga y Rebolledo, 2004).

Estos datos pueden dar cuenta de dos hechos: o se produjo en el plazo de tres años un cuantioso y masivo aumento de peso en los encuestados, o la mayoría de las personas subestimó su peso corporal en la primera medición. Si bien es posible que ambos fenómenos estén entremezclados en estas cifras, la segunda lectura parece más viable, pues, aunque en tres años las personas hayan variado su peso, esta variación debió ser muy grande para cambiar de una clase de corpulencia a otra en ese plazo y es poco probable que tal cambio se haya producido en más de la mitad de los encuestados<sup>10</sup>.

---

primer estudio estaban también disponibles para participar en el segundo. Aunque la mayoría de los casos de la ENS participaron de la ECV 2000 (59%), puede existir un patrón común entre los entrevistados asociado a su voluntad de responder. Segundo, la pregunta de percepción fue aplicada tres años antes que la medición, de modo que las divergencias pueden reflejar diferencias entre los datos, pero también cambios en el peso producido en esa época. Tercero, la pregunta de percepción tiene etiquetada a las figuras y puede que las personas hayan respondido por las categorías más que por las figuras que lo representaban. Esto pudo haber aumentado las respuestas de lo que es deseable socialmente contestar.

10 Para dar un ejemplo, una persona con un IMC normal, que mide 1,60 metros y que pesa 50 kilos, debería aumentar 14 kilos en tres años para poder decir que su IMC

*Tabla 1. Autoevaluación del peso corporal el año 2000 y las clases de corpulencia según la OMS medidas el año 2003 de los chilenos mayores de 20 años\**

		¿Cómo considera Ud. que es su peso según los dibujos de la página siguiente?				Total
		Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obeso (a)	
Clases de corpulencia según la OMS	Bajo peso	56,3% <sup>+</sup>	37,5%	0,0%**	6,3%	100,0% (16)
	Peso normal	17,5% <sup>+</sup>	75,3% <sup>+</sup>	6,7%**	0,5%**	100,0% (611)
	Sobrepeso	2,7%**	63,4% <sup>+</sup>	33,1%	0,8% <sup>*</sup>	100,0% (729)
	Obeso	1,6%**	24,9% <sup>*</sup>	65,1% <sup>+</sup>	8,3% <sup>+</sup>	100,0% (433)
Total		8,0%	57,9%	31,5%	2,6%	100,0% (1789)

\* Asociación entre la variable de autoevaluación del peso personal y las clases de corpulencia estadísticamente significativa (Tau-b de Kendall = 0,504;  $p < 0,05$ ), índice de acuerdo tiene significación estadística pero es bajo (Kappa = 0,126;  $p < 0,05$ ).

<sup>+</sup> Ajuste residual significativo con un valor positivo superior a 2.

\*\* Ajuste residual significativo con un valor negativo inferior a -2.

( ) Número de casos validos en la muestra ponderada.

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos integrada y ponderada de la «I Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2000» y la «I Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2003».

La tabla 1 profundiza en este tema, presentando la distribución de la imagen corporal dentro de cada una de las diferentes clases de corpulencia. Indica claramente que la mayoría de los encuestados autoevaluó su peso corporal como normal en el año 2000, y los que tendieron en mayor medida a calificarse de ese modo fueron los que en 2003 tenían un peso normal; y luego, quienes en dicha medición presentaban sobrepeso según los criterios de la OMS.

indica sobrepeso. Adicionalmente, según una regresión lineal en esta misma muestra, un año más de edad sería equivalente a un aumento de 0,064 Kg/m<sup>2</sup> del IMC, datos que reafirman lo difícil que es que la mitad de los encuestados hayan aumentado de esa manera su IMC en el transcurso de tres años.

Quienes tenían un peso normal mostraban una gran concordancia en ambas mediciones; sin embargo, también llama la atención que un porcentaje no desdeñable de ellos (17,5%) se haya considerado como bajo peso en la primera medición, lo que da cuenta de una posible subestimación del peso, siendo muy pocas las personas de este grupo que presentan una sobreestimación. El fenómeno es totalmente contrario en las categorías de sobrepeso y de obesidad, en donde la mayoría de los encuestados se señaló en alguna categoría de peso menor: por un lado, los encuestados con sobrepeso en 2003 se consideraban manifiestamente normales en el año 2000, mientras que los obesos en la ENS, aunque dijeron tener un peso más elevado que lo normal en la ECVS, pocos de ellos se reconocieron a sí mismos como obesos, y hasta casi un cuarto de ellos se clasificó como normales. Adicionalmente, la mayoría de las personas con bajo peso parece haberse identificado de manera adecuada.

Conscientes del hecho de que estas variaciones pueden derivarse en cierto grado de cambios efectivos en el peso de los encuestados, estos datos pueden ser interpretados desde dos hipótesis. La primera de ellas es la *deseabilidad* social. Las personas podrían buscar mostrarse dentro de los parámetros reconocidos como normales, positivos, sanos y deseables en la sociedad, y evitar reconocerse abiertamente como parte de una categoría negativa, como es el caso de la obesidad, tal como numerosos estudios lo han mostrado (Cahnman, 1968; Maddox, Back y Liederman, 1968; DeJong, 1980; Carr, Friedman, 2005). La lectura de lo que sucede con los obesos fortalece esta hipótesis, puesto que si bien son capaces de reconocer que se alejan de la norma, prefieren señalar que este alejamiento es leve y no extremo. La elección de la gordura moderada y no la extrema puede relacionarse con las representaciones ambivalentes del gordo en la sociedad. Como señala Claude Fischler, en todas las sociedades el gordo ha generado ambigüedades, oscilando entre la imagen del «gordo bueno» y la del «gordo maldito» (Fischler, 1993). La tensión entre estas dos representaciones emergería del hecho de que el obeso es un transgresor de las normas sociales fundamentales, vinculadas a la repartición de los alimentos en el interior de una comunidad, dado que el obeso es quien come más que la parte que le corresponde, y en consecuencia pone en peligro el vínculo social.

Una segunda hipótesis que puede desprenderse de estos datos se vincula con la contradicción que existe entre lo que se mide desde una perspectiva médica y lo que las personas piensan de su cuerpo, que en el caso chileno parece ser una contradicción observable masivamente en la población. Múltiples estudios han tendido a ver negativamente la discordancia entre la estimación de la propia corpulencia y su medición antropométrica, puesto que ello revelaría una distorsión en la percepción que las personas tienen de su cuerpo que puede influir en el desarrollo de trastornos alimentarios (Slade, Russell, 1973; Garner, Garfinkel, Stancer *et alii*, 1976; Casper, Halmi, Goldberg *et alii*, 1979; Thompson, 1990; Cussins, 2001). ¿Pero acaso es viable que casi todos los chilenos tengan una visión distorsionada de su cuerpo? En función de lo extendida que se encuentra la discordancia, podría conjeturarse que este fenómeno se produce porque la mayoría de los chilenos entienden de manera diferente lo que es el tamaño de un cuerpo normal y lo que es el sobrepeso. La tabla 1 fortalece esta interpretación, pues un alto porcentaje de personas con sobrepeso en 2003 se adjudicaron tres años antes un peso normal, y un porcentaje menor, pero no desdeñable, de personas normales desde una perspectiva médica se señaló con bajo peso. Frente a estos datos, es posible conjeturar que en Chile lo que se considera un cuerpo normal es más gordo que lo que considera la mirada médica, y por lo tanto quienes están médicamente en su peso consideran que están flacos, y quienes están clínicamente gordos se dicen normales.

Es importante recalcar que la tendencia a subestimar el propio peso que se observa en Chile también se encuentra en los países europeos. Un estudio en la Unión Europea (UE) publicado el año 2000 mostraba que la subestimación en dicha población alcanzaba cifras tan elevadas como las chilenas (Madrigal, Sánchez-Villegas, Martínez-González *et alii*, 2000).

Por otra parte, también resulta interesante que, pese a que la mayoría de los chilenos adultos presentó sobrepeso u obesidad según los criterios de la OMS, la mayoría de ellos no solo se encontró normal, sino que también se manifestó satisfecho con su condición física. Ello se aprecia en que un 65,1% de los encuestados el año 2000 se sentían muy bien, bien o más que regular con su condición física<sup>11</sup>.

11 La ECVS definió en el cuestionario auto-aplicado la condición física como «la imagen corporal que la persona tiene de sí misma o de su aspecto físico».

*El perfil social de la concordancia y la discordancia*

En el apartado anterior se mostró que para la mayoría de los chilenos la estimación de su cuerpo en el año 2000 era discordante con la medición antropométrica de sus cuerpos realizada el año 2003. ¿Pero este fenómeno se da en todos los grupos sociales de la misma manera? En estas páginas se mostrará que la concordancia y la discordancia entre el cuerpo medido y el cuerpo percibido se diferencian socialmente, dado que se distribuye de manera distinta según el sexo y los años de estudios de los individuos<sup>12</sup>.

En primer lugar, el sexo influye en el hecho de que los individuos se identifiquen con una imagen corporal similar a aquella que le es atribuida desde una visión médica, tal como lo muestran estudios realizados en Europa y en Santiago de Chile, en donde, por lo general, los hombres subestimaban más su peso que las mujeres (Madrigal, Sánchez-Villegas, Martínez-González *et alii*, 2000; Atalah, Urteaga y Rebolledo, 2004).

En la muestra con la que se está trabajando, los chilenos señalaron en mayor medida que las chilenas una figura corporal más delgada el año 2000 que aquella que le fue medida en 2003 (58,0% en hombres frente a un 52,5% en mujeres<sup>13</sup>). Por su parte, las mujeres presentaron una mayor concordancia en la muestra que los hombres, pese a que esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Particularmente interesante resulta en este caso analizar el índice de acuerdo entre la variable de autoevaluación del peso corporal con la variable de las clases de corpulencia, pues aunque en los dos casos el valor es bajo, éste alcanza un valor casi inexistente en los hombres y uno más elevado en mujeres (*Kappa* hombres = 0,097 y *Kappa* mujeres = 0,158). Estas cifras muestran que ellas tendrían una mayor concordancia que ellos, o que teniendo en consideración que estos datos fueron obtenidos en mediciones diferentes, ellas mantuvieron en mayor medida un peso similar que sus pares masculinos.

12 Mediante una regresión logística se determinó que ambas tenían una asociación significativa con la concordancia, no así la edad.

13 Diferencia estadísticamente significativa según lectura del ajuste residual, utilizando un nivel de confianza del 95%.

¿Cómo podría interpretarse el hecho de que las mujeres presentaran una mayor concordancia que los hombres entre ambas mediciones? Es posible que esto se deba a que ellas se encuentran más presionadas por el contexto social y cultural a mantener un cuerpo delgado y a que tengan incorporados en mayor medida los criterios de corpulencia que ha impuesto la mirada médica. Tal conjetura nace de los numerosos estudios que han mostrado que las sociedades contemporáneas están marcadas por una valoración positiva de la delgadez, especialmente la femenina, la cual habría devenido en un ideal ampliamente difundido por los medios de comunicación (Bordo, 2003; Blood, 2005; Bañuelos, 1994). Esta presión sobre el cuerpo femenino se ve reflejada por lo general en el hecho de que las mujeres tengan ideales corporales más delgados que los hombres; ellas desean reducir más kilos en promedio que ellos, a la vez que se muestran más insatisfechas con su peso que los hombres (Régnier, 2005: 6; De Saint Pol, 2009).

Los datos de la misma encuesta con la que se está trabajando en este artículo ofrecen algunas luces sobre una posible mayor preocupación por el cuerpo entre las chilenas que entre los chilenos. Ante la pregunta «¿actualmente Ud. está haciendo algo para mantener controlado su peso, es decir, para no subir de peso?», el 41,7% de las mujeres señalaron que sí, frente a solo el 25,4% de los hombres. Estos fenómenos son interesantes si se considera que, pese a que ellas dicen controlar en mayor medida su peso que ellos, las mujeres tienen un IMC promedio más elevado que sus pares (27,35 kg/m<sup>2</sup> en mujeres, 26,73 kg/m<sup>2</sup> en hombres), y una prevalencia de obesidad más alta que el sexo masculino (27,4% en mujeres y 20,8% en hombres).

Los años de estudio también constituyen una variable interesante a analizar, en tanto que puede ser considerada como un indicador de estatus social. En el caso chileno se observa que, a medida que aumentan los años de estudios, se incrementa el índice de acuerdo entre la corpulencia percibida por los individuos el año 2000 con la corpulencia medida el año 2003, pasando de un índice de acuerdo casi nulo en los menos educados a un índice de acuerdo regular en los más cultivados (*Kappa* 0 a 8 años de estudios = 0,046; *Kappa* 9 a 12 años de estudios = 0,162; *Kappa* 13 años de estudios y más = 0,241). Esto podría indicar que, a medida que se es más cultivado, los criterios médicos y las mediciones subjetivas tienden a coincidir, o, por otra

parte, en razón de las diferencias temporales de las mediciones, que este grupo tuvo un peso más estable entre ambas encuestas. Además, los más cultivados no son únicamente quienes presentan una mayor concordancia, sino que también son quienes en la población mayor de 20 años presentan un mayor porcentaje de peso normal (41,8% en los que han completado 13 años de estudios o más frente al 27,8% de peso normal en los que poseen de 0 a 8 años de estudios) y una menor prevalencia de obesidad (14,8% de obesos en los más cultivados, 31,2% en los menos).

La tabla 2 da cuenta de la relación entre la corpulencia percibida y la medida, según los años de estudios, y se evidencia con claridad que en los más cultivados las casillas que denotan una concordancia presentan porcentajes más elevados que en las otras categorías, si bien en ellos la concordancia está lejos de ser perfecta. Una posible hipótesis para interpretar este fenómeno es que quienes son más cultivados conocen y comparten los criterios médicos para mirar al cuerpo —tanto por mayor información como por distinción social (Bourdieu, 1979)— y, por lo tanto, juzgarían su propio cuerpo a partir de estos parámetros. Por el contrario, quienes tienen menos estudios pueden estar evaluando el cuerpo con otros ojos, ya sea porque desconocen los criterios médicos, o porque en ellos existe una representación diferente del cuerpo normal, anclada en sus condiciones materiales de existencia. Autores como Boltanski argumentan que existen representaciones diferenciadas del cuerpo según la jerarquía social: la valorización de la delgadez aumentaría cuando se pasa de las clases populares a las clases superiores, al mismo tiempo que crecería la atención hacia la apariencia física y disminuiría la que se concede a la fuerza física (Boltanski, 1971). A favor de estos argumentos está la diferencia de casi 10 puntos porcentuales entre el porcentaje de las personas con 0 a 8 años de estudios con peso normal que se consideran bajo peso (20,4%) y el porcentaje de las personas con 13 años de estudios o más con peso normal que se consideran bajo peso (11,8%).

*Tabla 2. Percepción de imagen corporal del año 2000 y las clases de corpulencia medidas en 2003 controlado por los años de estudio de los chilenos mayores de 20 años\**

				¿Cómo considera Ud. que es su peso según los dibujos de la página siguiente?				Total
				Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obeso (a)	
Años de estudio	0 a 8 años	Clases de corpulencia	Bajo peso	57,1% <sup>+</sup>	28,6%	0,0%	14,3%	100,0% (7)
			Peso normal	20,4% <sup>+</sup>	71,8% <sup>+</sup>	6,3%**	1,5%**	100,0% (206)
			Sobrepeso	5,0%**	69,6% <sup>+</sup>	23,4%**	2,0%**	100,0% (299)
			Obeso	1,7%**	27,6%**	62,1% <sup>+</sup>	8,6% <sup>+</sup>	100,0% (232)
		Total	8,7%	56,7%	30,5%	4,0%	100,0% (744)	
	9 a 12 años	Clases de corpulencia	Bajo peso	50,0% <sup>+</sup>	50,0%	0,0%	0,0%	100,0% (6)
			Peso normal	18,6% <sup>+</sup>	74,7% <sup>+</sup>	6,7% <sup>*</sup>	0,0%**	100,0% (269)
			Sobrepeso	1,0%**	59,6%	39,4% <sup>+</sup>	0,0%**	100,0% (292)
			Obeso	2,0%**	25,5% <sup>*</sup>	66,0% <sup>+</sup>	6,5% <sup>+</sup>	100,0% (153)
		Total	8,2%	57,9%	32,5%	1,4%	100,0% (720)	
	13 años y más	Clases de corpulencia	Bajo peso	66,7% <sup>+</sup>	33,3%	0,0%	0,0%	100,0% (3)
			Peso normal	11,8% <sup>+</sup>	80,9% <sup>+</sup>	7,4% <sup>*</sup>	0,0%**	100,0% (136)
			Sobrepeso	1,5%**	57,7%	40,9% <sup>+</sup>	0,0%**	100,0% (137)
Obeso			0,0%	10,4%**	77,1% <sup>+</sup>	12,5% <sup>+</sup>	100,0% (48)	
Total				6,2%	60,2%	31,8%	1,9%	100,0% (324)

\* Asociación entre la variable de percepción y las clases de corpulencia estadísticamente significativa en todas las categorías de años de estudio (Tau-b de Kendall;  $p < 0,05$ ), índice de acuerdo tiene significación estadística y más fuerte para la categoría de los más educados (Kappa 0 a 8 años de estudio = 0,046; Kappa 9 a 12 años de estudio = 0,162; Kappa 13 años de estudio y más = 0,241; todos  $p < 0,05$ )

<sup>+</sup> Ajuste residual significativo con un valor positivo superior a 2

\*\* Ajuste residual significativo con un valor negativo inferior a -2

( ) Número de casos validos en la muestra ponderada

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos integrada y ponderada de la «I Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2000» y la «I Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2003».

*Tabla 3: Concordancia entre imagen corporal del año 2000 y las clases de corpulencia medidas el 2003 según los años de estudio y controlado por el sexo en los chilenos mayores de 20 años\**

				Concordancia entre imagen corporal del año 2000 y las clases de corpulencia medidas el 2003			Total
				Subestimado	Concordancia	Sobrestimado	
Sexo	Hombre	Años de estudios	0 a 8 años	65,3% <sup>+</sup>	31,2% <sup>**</sup>	3,5% <sup>+</sup>	100,0% (343)
			9 a 12 años	54,4%	43,6%	2,0%	100,0% (342)
			13 años y más	50,6% <sup>**</sup>	49,4% <sup>+</sup>	0,0% <sup>**</sup>	100,0% (176)
		Total	58,0%	39,8%	2,2%	100,0% (861)	
	Mujer	Años de estudios	0 a 8 años	63,1% <sup>+</sup>	33,7% <sup>**</sup>	3,2%	100,0% (401)
			9 a 12 años	48,5% <sup>**</sup>	47,7% <sup>+</sup>	3,7%	100,0% (377)
			13 años y más	34,2% <sup>**</sup>	58,4% <sup>+</sup>	7,4% <sup>+</sup>	100,0% (149)
		Total	52,5%	43,4%	4,1%	100,0% (927)	

(\*) La asociación entre la variable de concordancia y los años de estudio es estadísticamente significativa en los hombres (Tau-b de Kendall 0,101;  $p < 0,05$ ) y en las mujeres (Tau-b de Kendall 0,194;  $p < 0,05$ )

<sup>+</sup> Ajuste residual significativo con un valor positivo superior a 2

<sup>\*\*</sup> Ajuste residual significativo con un valor negativo inferior a -2

( ) Número de casos validos en la muestra ponderada

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos integrada y ponderada de la «I Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2000» y la «I Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile, 2003».

Ahora bien, la influencia que ejercen los años de estudios sobre la concordancia es mayor en las mujeres que en los hombres. La tabla 3 indica que el aumento de la concordancia a medida que se incrementan los años de estudios es mayor para las mujeres que para los hombres, y el descenso de la subestimación también es más marcado en ellas que en ellos. Al mismo tiempo, es notable que los porcentajes de subestimación, concordancia y sobrestimación sean muy parecidos

entre las mujeres y los hombres con menos de 8 años de estudios. Por el contrario, las mujeres subestiman mucho menos que los hombres si se observa al grupo más cultivado, a la vez que presentan una mayor concordancia que ellos, pero sobrestiman su corpulencia más que los hombres y más que todo el resto de los grupos de mujeres.

Estos resultados muestran que el sexo y los años de estudios intervienen en la concordancia de manera conjunta, porque es posible que la presión sobre el conseguir un cuerpo delgado y la adecuación a los parámetros médicos sea algo que impacte mucho más a los más cultivados, pero especialmente a las mujeres con una elevada educación. De hecho, es en ellas donde la prevalencia de obesidad es más baja en comparación con el resto de grupos (13,9%), y a su vez son ellas las que en mayor medida se sitúan en un peso normal (55,6%). Al mismo tiempo, pareciera ser que en los grupos menos cultivados no importaran mucho las diferencias de sexo a la hora de subestimar, concordar o sobrestimar el peso corporal, lo que podría indicar que en ellos la presión de los ideales corporales delgados es menor, y que probablemente tengan criterios compartidos entre sexos a la hora de definir la normalidad.

### *Discusión*

El análisis de la distancia existente entre la distribución de la corpulencia según la percepción de los chilenos de sus propios cuerpos y la que deriva de la medición corporal realizada en ellos da cuenta de una posible diferencia entre la visión médica y la visión popular, entre los chilenos, de lo que es un cuerpo normal. Esto se traduciría en que la mayor parte de la población considere que su cuerpo tiene un peso adecuado, aunque los parámetros de la OMS los clasifiquen con una corpulencia excesiva. Pero esta discordancia no se da en todos los grupos: es más frecuente entre los menos cultivados y los hombres, mientras que la concordancia con la visión médica es más común entre las mujeres y los grupos cultivados.

La diferencia entre la visión médica y la popular en la definición de lo que es una corpulencia normal puede ser una de las posibles respuestas a los elevados porcentajes de sobrepeso y obesidad que tiene Chile. La mayoría de los trabajos que se han publicado en nutrición

y en medicina sobre el tema han tendido a atribuir el problema de la obesidad en dicho país a un cambio en los modos de vida asociados al proceso de modernización que esta nación experimenta (Albala, Vio, Kain *et alii*, 2002). Sin embargo, muy pocas de estas investigaciones se han cuestionado sobre el posible papel que desempeñan las representaciones del cuerpo y la belleza en esta tendencia.

Estos datos podrían llevar a concluir apresuradamente que lo que es necesario para revertir las altas tasas de obesidad que existen en Chile es la socialización de los criterios médicos sobre la corpulencia, así como de los hábitos asociados a una vida sana, especialmente en los sectores menos cultivados, que es donde el problema se manifiesta de manera más pronunciada. De hecho, desde la publicación de los datos de la ENS el año 2003, los medios de comunicación y el gobierno se han dedicado a esta tarea con el fin de batallar con el supuesto gran mal que nos asuela. EGO-Chile y el popular programa de televisión «Cuestión de Peso» son algunos ejemplos de este fenómeno.

Sin embargo, difundir la visión médica en la población puede no ser el mejor camino. Por un lado, la visión de la obesidad y los criterios para definirla que están vigentes hoy día en el mundo de la salud derivan de decisiones desde el poder, y pese a que son ampliamente usadas en la actualidad, no se encuentran libres de debate. De hecho, los límites que propone la OMS para clasificar lo que es normal, el sobrepeso y la obesidad han generado una amplia y profunda discusión en el mundo entero, debido a que parecen sumamente arbitrarios al no considerar las características raciales, de sexo y de edad. El límite establecido para la obesidad se basaría en estudios que dan cuenta de que un índice de masa corporal de  $30 \text{ Kg/m}^2$  o más aumentaría significativamente los riesgos para la salud (World Health Organization, 2000: 8), sin embargo, los argumentos no son tan claros cuando se trata de poner los límites de un cuerpo con un peso normal y de uno con sobrepeso. Al respecto, una reciente publicación confirmó en una amplia muestra de individuos que un IMC elevado aumentaba la mortalidad, pero también demostró que tener un IMC entre  $18,5 \text{ kg/m}^2$  y  $22,5 \text{ kg/m}^2$  también implicaba un riesgo, específicamente de padecer por enfermedades respiratorias (Prospective Studies Collaboration, 2009; Lopez-Jimenez, 2009).

Por otra parte, el hecho de que la mayoría de los chilenos se vean normales y señalen sentirse satisfechos con su condición física es un

factor positivo, en la medida que da cuenta de que la población se siente cómoda y bien con su cuerpo. En este sentido, la medicalización de las nociones de lo que es un cuerpo normal puede conllevar riesgos, tanto porque fomenta la estigmatización de aquellos fuera de la norma sobre la base de criterios técnicos, y en consecuencia, una exclusión justificada en la ciencia (Sobal, 1995), como porque puede incrementar la disconformidad de los chilenos con lo que son, y por lo tanto incrementar posteriormente la prevalencia de otras patologías de orden psicológico.

El hecho de que los criterios para definir la obesidad estén contruidos socialmente no quiere decir que por ello deba olvidarse la gravedad del problema en el país: la obesidad afecta la calidad de vida de las personas, las pone en riesgo vital y por lo tanto es un tema relevante de salud pública. Lo que no resulta evidente es medicalizar las nociones de lo que es un cuerpo normal y la belleza.

Finalmente, existen algunas señales para pensar que la tendencia a la subestimación del peso corporal está cambiando en Chile, debido a que en la última ECVS aplicada el año 2006 la autoevaluación sobre el peso corporal había variado: disminuyó de manera consistente el porcentaje de quienes se consideraban normales (41,9%), a la vez que aumentó el porcentaje de aquellos que se percibían en sobrepeso (42,6%) y de los que se identificaban como obesos (8,2%). Tal variación puede ser reflejo de una creciente aproximación entre las representaciones populares y las médicas, así como del alto impacto mediático que tuvieron los resultados de la ENS efectuada en el año 2003. Lamentablemente, por el momento no existen datos que nos permitan determinar si hubo un aumento en la concordancia, pues no hay mediciones antropométricas con las que se puedan establecer comparaciones.

### *Bibliografía*

- ALBALA, Cecilia; VIO, Fernando; KAIN, Juliana *et alii* (2002) «Nutrition Transition in Chile: Determinants and Consequences». *Public Health Nutrition*, 5(1a): 123-128.
- ATALAH Eduardo; URTEAGA, Carmen y REBOLLEDO Annabella (2004). «Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago». *Revista médica de Chile*, 132: 1383-1388.

- BAÑUELOS, Carmen (1994) «Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema». *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (68): 119-140.
- BLOOD, Sylvia K. (2005) *Body work: the social construction of women's body image*, Taylor & Francis e-Library.
- BOLTANSKI, Luc (1971) Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 26(1): 205-233.
- BOURDIEU, Pierre (1979) *La Distinction critique sociale du jugement*, Paris: Éditions de Minuit.
- BORDO, Susan (2003) *Unbearable weight : feminism, Western culture, and the body*, Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- CAHNMAN, Werner J. (1968) «The Stigma of Obesity.» *The Sociological Quarterly*, 9(3): 283-299.
- CARR, Deborah y FRIEDMAN, Michel A. (2005) «Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States». *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- CASPER, Regina; HALMI, Katherine; GOLDBERG Solomon *et alii* (1979) «Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa». *The British Journal of Psychiatry*, 134(1): 60-66.
- CUSSINS, Anne Marie (2001) «The Role of Body Image in Women's Mental Health». *Feminist Review*, (68): 105-114.
- DE GARINE, Igor y POLLOCK, Nancy J., (ed.) (1995). *Social aspects of obesity*, Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- DE SAINT POL, Thibault (2009) «Surpoids, normes et jugements en matière de poids: comparaisons européennes». *Population et sociétés*, 455: 1-4.
- DE SAINT POL, Thibault (2006). «Corps et appartenance sociale: le cas de la corpulence en Europe». En INSEE (2006) *Données sociales - La société française*, Paris, Éditions INSEE.
- DEJONG, William (1980) «The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance». *Journal of Health and Social Behavior*, 21(1): 75-87.

- FISCHLER, Claude (1993) «Obèse bénin, obèse malin». En PIAULT, Fabrice, (Dir.), (1993) *Le mangeur. Menus, maux et mots*, Collection Mutations/Mangeurs, Paris, Autrement.
- GARNER, David M.; GARFINKEL, Paul E.; STANCER, Harvey C. *et alii* (1976) «Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity». *Psychosom Med*, 38(5): 327-336.
- GRACIA, Mabel y CONTRERAS, Jesús (2008). «Corps gros, corps malades? Une perspective socioculturelle». *Corps*, 1(4): 63-69.
- LE BRETON, David (2002) *La Sociología del Cuerpo*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- LOPEZ-JIMENEZ, Francisco (2009) «Speakable and unspeakable facts about BMI and mortality». *The Lancet*, 373(9669): 1055-1056.
- MADDOX, George L.; BACK, Kurt W y LIEDERMAN, Veronica R. (1968) «Overweight as Social Deviance and Disability». *Journal of Health and Social Behavior*, 9(4): 287-298.
- MADRIGAL, Herlinda; SÁNCHEZ-VILLEGAS, Almudena; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel *et alii* (2000) «Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union». *Public Health*, 114(6): 468-473.
- OGDEN, Cynthia L.; CARROLL, Margaret D.; CURTIN, Lester R. *et alii* (2006) «Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004». *JAMA*, 295(13): 1549-1555.
- OLAIZ, Gustavo; RIVERA Juan; SHAMAH Teresa *et alii* (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATION (2009) «Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies». *The Lancet*, 373(9669): 1083-1096.
- RÉGNIER, Faustine (2005) «Obésité, corpulence et statut social : une comparaison France/Etats-Unis (1970-2000)». *INRA Sciences Sociales Recherches en Economie et Sociologie Rurales*, (1), 1-4.
- SLADE, Peter D. y RUSSELL, Gerald, F. (1973) «Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies». *Psychological Medicine*, 3(2): 188-199.
- SOBAL, Jeffery (1995) «The medicalization and demedicalization of obesity». En MAURER, Donna y SOBAL, Jeffery (ed.) *Eating agendas:*

*Food and nutrition as social problems.* Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.

THOMPSON, J. Kevin (1990) *Body image disturbance: assessment and treatment*, Elmsford, New York: Pergamon Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Ginebra, World Health Organization Technical Report Series, 894.



LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL. LOS LÍMITES  
ENTRE LO QUE ES SALUDABLE Y LO QUE ES ESTÉTICO

Maria Lluïsa Maldonado Simó  
*Universitat Rovira i Virgili*  
*Tortosa (Tarragona)*  
*Apartado de Correos núm. 77, 43520 - Roquetes*  
*lluisamaldonado@hotmail.com*  
*lluisa.maldonado@urv.cat*

*Resumen: Los intentos para perder peso constituyen una práctica muy extendida entre la población occidental, tanto si existen razones médicas para hacerlo como por motivaciones puramente estéticas. En términos económicos se habla de importantes costes asociados a la obesidad. Un factor también a considerar son los beneficios que genera la «industria del control de peso». En este trabajo se plantea la convergencia entre discurso biomédico y discurso estético en torno al tema de la obesidad, y los efectos que de ella se pueden derivar.*

*Palabras clave: obesidad, sobrepeso, imagen corporal, discurso biomédico, discurso estético.*

*Abstract: Attempts to lose weight have become very popular in western societies, either for medical reasons or beauty motivations. Speaking in economical terms, important costs are said to be related to obesity. Remarkable profits that are generated by the «loss of weight industry» must be taken in consideration. This article raises the convergence of biomedical and beauty treatises about the issue of obesity, and the effects which can derive from it.*

*Keywords: obesity, overweight, corporal image, biomedical treatise, beauty treatise.*

### Introducción

En la actualidad se considera que la obesidad<sup>1</sup> es uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan las sociedades modernas. Afecta mayoritariamente a los países desarrollados y constituye un problema emergente en las poblaciones sometidas a procesos de occidentalización. Los estudios que analizan las tendencias en la evolución de la prevalencia de obesidad entre la población europea hablan de un importante aumento en las tres últimas décadas, especialmente entre la población infantil y juvenil<sup>2</sup> (Aranceta *et alii*, 2005; Iotf, 2005; Lobstein, Baur y Uauy, 2004; OMS, 2007a; Rubio *et alii*, 2007). El tema ha suscitado un gran interés entre el colectivo biomédico que considera la obesidad como una enfermedad crónica, con una carga de enfermedad asociada muy importante, cosa que justifica la necesidad de adoptar medidas desde el punto de vista preventivo y terapéutico. A pesar de los adelantos científicos la etiopatogenia de la obesidad sigue planteando muchas incógnitas. Los cambios en aspectos demográficos y socioeconómicos ocurridos en las sociedades contemporáneas, y que han influido en los comportamientos alimentarios y en el aumento del sedentarismo, así como la rapidez con que estos se han producido, se perfilan como los principales desencadenantes del problema. A pesar de esto, el origen se focaliza en las conductas personales y el tratamiento se aplica a escala individual. Recientemente se han relacionado algunos casos de obesidad con el llamado Trastorno por Atracón o *Binge Eating*<sup>3</sup>; se ha sugerido que podría tener su origen en las restricciones alimentarias encaminadas

1 La definición de obesidad más ampliamente aceptada es aquella que la concibe como una excesiva acumulación de grasa corporal, que se traduce en un incremento de peso.

2 En España la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adultos es del 14.5% y del 38.5%, respectivamente, y en niños y jóvenes del 13.9% y 12.4%.

3 Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales), este trastorno se caracteriza por la ingesta, en un período corto de tiempo, de una gran cantidad de alimento, y se acompaña de sensación de pérdida de control sobre la ingesta, malestar y sensación de culpa. A diferencia de la bulimia nerviosa, en el trastorno por atracón no existen conductas compensatorias. Esta conducta se explica en parte porque no existe un miedo exagerado a ganar peso. Parece que este trastorno afecta aproximadamente a un 30% de las personas que consultan por exceso de peso.

a perder peso (Amigó, 2003; Cáncer *et alii*, 2006; Guisado y Vaz, 2001; Sánchez y Fernández, 2004; Rubio *et alii*, 2007).

La obesidad está en el punto de mira de los principales organismos responsables de salud y es protagonista de innumerables estudios epidemiológicos, clínicos, farmacológicos o de biología molecular y genética. Los responsables sanitarios intentan poner en marcha estrategias que permitan invertir la tendencia ascendente de su prevalencia, desarrollando planes de acción encaminados a promover hábitos alimentarios saludables y a estimular la práctica habitual de actividad física como principales estrategias preventivas<sup>4</sup>.

Desde el punto de vista económico, los costes generados por obesidad se consideran un problema importante<sup>5</sup> y son los derivados de los tratamientos de las enfermedades asociadas (directos) y de su adaptación social (indirectos) (Álvarez *et alii*, 2006; Gabinete de Estudios Bernard Krief, 1999; OMS, 2007b; Rubio *et alii*, 2007).

El discurso sobre obesidad debe inscribirse en el contexto de una sociedad de consumo y medios de comunicación, que concede al cuerpo un papel fundamental como medio de realización y desarrollo personal. Un factor a considerar, y que a menudo no se tiene en cuenta, son los importantes beneficios económicos que la obesidad está generando gracias a la explosiva industria del control de peso, pero que escapan a la cuantificación por su heterogeneidad.

### *La obesidad como problema estético*

Todas las sociedades han desarrollado ideales de belleza que han marcado unos objetivos a conseguir, pero la preocupación por el cuerpo que actualmente existe en nuestra sociedad ha adquirido proporciones desmesuradas. Las últimas décadas del siglo xx y el inicio del siglo xxi se han caracterizado por un culto total al cuerpo. Los cánones sobre belleza se han transformado en normas interiorizadas que estigmatizan o enaltecen a los otros y a uno mismo. La importan-

<sup>4</sup> A destacar, entre otros, diversos documentos elaborados por la OMS (OMS, 2004, 2005, 2007a, 2007b), y en España la Estrategia NAOS publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC, 2005).

<sup>5</sup> Las cifras en los países industrializados oscilan entre el 2 y el 8% del gasto sanitario. En España este gasto representa aproximadamente un 7%.

cia que nuestro medio otorga a la imagen corporal trasciende aquello que es puramente estético, y acaba formando parte de aquello que consideramos que las personas son, de sus cualidades y de sus defectos. Para muchas personas el cuerpo se convierte en el referente más importante de la propia identidad (Bañuelos, 1994; Espeitx, 2006; Esteban, 2004a; Martín, 2008; Martínez, 2004; Serna de Pedro, 2004; Vera, 1998). La consolidación de la sociedad de consumo y el papel de los medios de comunicación social en la difusión del ideal estético han contribuido poderosamente a ello. El cuerpo se ha convertido en centro de múltiples atenciones y, al mismo tiempo, objeto de grandes inversiones. El cuerpo representa uno de los espacios privilegiados de consumo y, a la vez, uno de los objetos más frecuentemente mercantilizados: cuerpo como agente activo de consumo, pero también como mercancía (Martínez, 2002/2003).

La percepción que el individuo tiene del propio cuerpo está mediada por las exigencias que la sociedad ha creado respecto a la apariencia física, al estándar de belleza imperante que establece aquello que socialmente se considera aceptable. Así, la imagen corporal, es decir, la manera en que el cuerpo se nos manifiesta, no es solo una construcción individual, sino también una construcción social, colectivamente elaborada y que adquiere sentido y ha de ser interpretada en su propio contexto; constituye un lenguaje mediante el cual se transmiten mensajes de gran significación en la interacción social (Espeitx, 2008; Le Breton, 1998; Perpiñá, 2003; Schilder, 1950; Lopes de Sousa, 2008). Esta imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia física real, sino que está influida por las actitudes y las valoraciones que los individuos hacen de su propio cuerpo. En nuestra sociedad la preocupación por adaptarse al ideal corporal de delgadez crea en muchas personas una verdadera sumisión frente a la exigencia colectiva, frente a las miradas y las reacciones de los otros, pero también frente a la mirada proyectada por el sujeto sobre su propio cuerpo (Espeitx, 2006; Izquierdo, 2008; Le Breton, 1998). Estar delgado es una condición *sine qua non* de buena imagen corporal. Ni hombres ni mujeres escapan a los imperativos de este ideal estético. Sin embargo, los modelos que se nos proponen son diferentes para hombres y para mujeres. La imagen corporal valorada en los hombres pasa en mayor medida por la musculación, mientras que en las mujeres se valora la delgadez, la esbeltez. La insatisfacción corporal y la

percepción de uno mismo como obeso son características predominantes entre las mujeres. Ni hombres ni mujeres desean estar gordos, pero estas se sienten más rechazadas socialmente si no consiguen el cuerpo que propone la sociedad (Bourdieu, 2000; Espeitx, 2008; Ventura, 2000; Wolf, 1991).

Según Fischler, las sociedades modernas sufren «lipofobia» (Fischler, 1995). En nuestra sociedad el exceso de peso se transforma en estigma y las personas obesas son objeto de discriminación social. Según Goffman, el estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. El estigma surge cuando un atributo es incongruente con la visión estereotipada sobre cómo debe ser una determinada especie de individuos (Goffman, 1993).

La persona con exceso de peso es menospreciada no por razones de valía personal o profesional, sino por el simple hecho de estar «gorda», cosa que la convierte en menos deseable, que la inhabilita para la plena aceptación social. Aquello que es motivo de rechazo no es la obesidad en sí misma, sino que es el sistema social el que determina esta visión negativa. El hecho de ser obeso puede desacreditar o no al individuo según la connotación que tenga la obesidad en el contexto en que éste se encuentra. En un contexto de carencias básicas la obesidad es un indicador de riqueza, símbolo de prestigio, de salud; en tiempos de abundancia la moda es estar delgado<sup>6</sup>. En nuestra sociedad bien provista de alimentos la delgadez resulta difícil, cara de conseguir. El exceso de peso desvaloriza a la persona no solo desde el punto de vista de atractivo físico, sino también desde la perspectiva de la consideración de personalidad. Corbeau argumenta que la «ligereza corporal» está asociada a un modelo de «eficacia social» (Corbeau, 2004). Estar delgado es sinónimo de constancia, de superación, de éxito. No conseguirlo significa fracaso. Con frecuencia se atribuye a la persona obesa una nula capacidad de autocontrol sobre sus impulsos, de manera que se la culpabiliza de su obesidad al considerar que se debe solo a una falta de voluntad. El obeso es visto como irresponsable, moralmente incorrecto, incapaz de cuidar de sí mismo, y además cuesta caro a la sociedad. Alemany hace el siguiente planteamiento

<sup>6</sup> Cabe destacar que nuestro entorno cultural no admite cualquier grado de delgadez. Un cuerpo excesivamente delgado, que supera los límites médica y socialmente aceptados, se transforma en un estigma (Gracia, 1996).

moral: «si gula es igual a pecado, y gula es igual a obesidad, luego obesidad es igual a pecado» (Alemany, 1996: 48). El obeso se siente inevitablemente juzgado, ve en la mirada de los otros un único pensamiento: «Está gordo porque come demasiado; si no comiera tanto, no estaría así». En este contexto el sujeto obeso, objeto de una atención desmesurada, acaba sintiéndose inseguro, menospreciado, ligado a un cuerpo que le resulta desagradable a raíz del rechazo que genera en los otros y en sí mismo.

Pero, de acuerdo con lo que proponen algunos autores como Butler y Connell<sup>7</sup>, la persona no es solo un depósito de ideas y de valores, la acción humana no se limita al seguimiento de los mandatos culturales, sino que esta acción es determinante para comprender la producción y reproducción del propio sistema, así como los procesos de cambio que en él se dan. Me refiero al rol de la *agency* humana. El concepto de *agency* surge de la consideración de los sujetos como agentes sociales, de la acción social como seguimiento, pero también como contestación y resistencia frente a los ideales culturales. Desde esta perspectiva se entiende que los individuos tienen capacidad para crear una distancia reflexiva respecto de las imágenes socioculturales y, por tanto, pueden responder de diferentes maneras, es decir, siguiendo los mandatos culturales o bien mostrando resistencia o rechazo (Butler, 1993; Connell, 1995; Contreras y Gracia, 2005; Esteban, 2004b; Gracia, 2005 y 2007a). La importancia de la discriminación que sufren los obesos ha dado lugar a la creación en diversos países de grupos de autoayuda y asociaciones en defensa de los obesos. De forma gradual aparece un movimiento social llamado «antirrégimen», «aceptación de la talla» o «derechos de los obesos» que cuestiona el discurso dominante basado en el culto a la delgadez y el rechazo a la obesidad, defienden una forma alternativa de aceptación de la diversidad corporal y reivindican su derecho a no ser estigmatizados (Gracia, 2007b; Menéndez, 2002; Poulain, 2003).

7 Citados por Esteban 2004a.

*La obesidad como problema de salud*

En las sociedades contemporáneas se observa una continua expansión de la biomedicina<sup>8</sup> basada en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización de los problemas. Este proceso de medicalización implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que forman parte de los comportamientos de la vida cotidiana de las personas, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades (Menéndez, 2003). Así, muchos problemas con un claro componente sociocultural, como es el caso de la obesidad, se transforman en problemas exclusivamente médicos sobre los cuales se interviene básicamente desde una óptica biológica e individualista. Hoy en día la medicalización se puede considerar, en gran parte, una estrategia económico-política que busca en el discurso biomédico su legitimación. Cabe destacar que una sociedad medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia.

El discurso biomédico que define la obesidad (y, por extensión, el sobrepeso) como enfermedad, y señala reiteradamente los peligros que comporta el exceso de peso para la salud, ha contribuido, posiblemente, a convertir en un problema el peso corporal. La influencia que ejerce este discurso sobre la población se da, sobre todo, a partir de su consideración como hegemónico<sup>9</sup>, legitimado socialmente, y que actúa como sistema normativo de referencia. El reconocimiento del discurso médico como «científico»<sup>10</sup>, a partir de un cuerpo específico de conocimientos, le otorga esta legitimidad (Berger y Luckman, 1984; Feixa, 1994). La lucha contra el exceso de peso adquiere la categoría de certeza científica desde el momento en que la obesidad se constituye como una enfermedad y requiere, por tanto, el establecimiento

8 «La biomedicina designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente, y por su comprensión de las enfermedades como entidades definidas producidas por causas únicas.» (Comelles y Martínez, 1993: 85).

9 Siguiendo a Gramsci, la noción de hegemonía describe la forma de dominación propia de las sociedades complejas a través del control de las ideas, del consenso, más que mediante el uso de la fuerza (Feixa, 1994; Gramsci, 1981).

10 Gracia explica que todo aquello que es científico aparece como paradigma de aquello que es racional y conveniente (Gracia, 1996).

de una terapéutica segura y eficaz<sup>11</sup>. Podemos decir que estamos ante una forma de control social que se fundamenta en una legitimidad en relación al poder biomédico y la medicalización.

Si bien los sistemas sanitarios de base biomédica han demostrado ser muy eficaces para combatir diversas enfermedades, su rigidez no les permite actuar con resultados positivos en aquellos aspectos de la salud que tienen más que ver con una causalidad contextual que con la biología (Gracia y Comelles, 2007). Las estrategias tradicionales para la prevención y el tratamiento del exceso de peso se han mostrado ineficaces al incidir, casi exclusivamente, en la prescripción individualizada de cambios en la dieta y en el patrón de actividad física. Lamentablemente, muchos de los planteamientos terapéuticos fracasan y, a pesar de que algunas personas consiguen reducir su peso, la mayoría lo vuelven a recuperar. Los intentos reiterados para perder peso pueden desembocar en un aumento ponderal superior al inicial y comportar efectos adversos para la salud (Monereo *et alii*, 2006).

Con frecuencia, en contextos coloquiales, pero también en contextos científicos, se asocia en un mismo continuo sobrepeso y obesidad, cosa que da como resultado la equiparación entre estos dos términos, y hace que problemas asociados a la obesidad se puedan extrapolar al sobrepeso. Si bien los conocimientos actuales muestran que la obesidad es un factor de riesgo para ciertas patologías, cosa que no significa que las personas obesas estén forzosamente enfermas, no son tan claros en lo referente a individuos con sobrepeso. Algunos estudios recientes han asociado el sobrepeso con una disminución de la mortalidad (Flegal *et alii*, 2005; Flegal *et alii*, 2007; Romero *et alii*, 2006). El peligro reside en pasar de la lucha contra la obesidad a la lucha contra el sobrepeso, y ver cómo el discurso médico intenta legitimar la búsqueda obsesiva de la delgadez. Alemany sugiere que una de las posibles causas de obesidad puede ser la propia preocupación por adelgazarse (Alemany, 1996).

Diversos autores señalan la permeabilidad del sistema médico a los valores dominantes de la sociedad y la influencia determinante

11 Quiero subrayar que, a pesar de que en algunos aspectos soy crítica con la visión de la biomedicina respecto al tema de la obesidad, no niego las aportaciones ni la eficacia, en muchos casos, de esta medicina. Tampoco cuestiono que la obesidad, y subrayo obesidad, puede tener consecuencias negativas para la salud.

de estos valores sobre el papel que desempeñan los profesionales de la salud. Consideran que en el discurso medicalizado sobre el exceso de peso se mezclan con frecuencia conocimientos científicos y representaciones morales. Poulain advierte que la medicalización de la obesidad corre el riesgo de dar forma de legitimidad científica a la estigmatización del obeso y considera que la comunidad médica ha de ser consciente del papel de «gran estigmatizador» que puede tener y debería percibir las consecuencias que de esto se pueden derivar (Alemany, 1996; Poulain, 2001, 2003 y 2004; Toro, 1999; Turón, 1997).

*Efectos de la convergencia entre discurso estético  
y discurso de salud*

La idealización del cuerpo delgado y la definición médica de la obesidad como patológica constituyen una poderosa motivación contra el exceso de peso. Hoy en día, en nuestra sociedad la vinculación entre imagen corporal y salud está ampliamente difundida y fuertemente interiorizada. Las exigencias estéticas y la buena salud se confunden. El discurso estético y el discurso de salud convergen y se refuerzan entre sí, de manera que un cuerpo obeso supone enfermedad y estigma, y un cuerpo delgado salud y belleza (Espeitx, 2005; Gracia, 1996 y 2002). Los intentos para perder peso constituyen una práctica muy extendida entre la población, tanto si obedecen a razones médicas como a motivos estéticos. Sin embargo, parece que el afán de muchas personas por adelgazarse responde con frecuencia más a la búsqueda del éxito o valoración social que a objetivos de salud (Gracia, 2005; Fischler, 1995; Poulain, 2001 y 2003).

Un amplio sector económico se estructura alrededor del binomio delgadez/salud y mercantiliza la obesidad. La obsesión generalizada por el control del peso se manifiesta en multitud de ofertas relacionadas con dietas, cosmética, productos *light*, productos farmacéuticos, centros de deporte y *fitness*, cirugía estética, moda, revistas, libros especializados, y un largo etcétera, que se benefician de la preocupación de la población por mantener la salud y conseguir el ideal estético dominante. La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un negocio, las ofertas comerciales ligadas a diferentes propuestas para perder peso y su publicidad evidencian las estrategias comerciales para posicionarse en el mercado. Esta publicidad intenta provocar en

nosotros la decisión de comprar o invertir en la transformación de nuestro cuerpo. El ideal de delgadez se presenta como un valor alcanzable, que nos hará sentir mejor, más saludables y adquirir un mayor prestigio social. El cuerpo se transforma en un «objeto», en algo que podemos construir, moldear a nuestro antojo. La promoción de productos y servicios para reducir peso recurre a estrategias publicitarias basadas en reclamos como «rapidez», «sin esfuerzo», «solución definitiva», «de manera natural», «al alcance de todos los bolsillos». Adelgazar se presenta, así pues, como una cuestión de disciplina, de voluntad. El mensaje está claro: «si tú quieres, es posible» (de lo cual podríamos deducir que «si estás gordo, es porque quieres»). Sin embargo, la realidad es muy diferente; la idea de que podemos gobernar nuestro cuerpo no es sino la consecuencia de un mercado que se ha movilizad para crear verdaderas empresas de ilusión, que nos muestra un estándar de belleza irreal, inalcanzable para la mayoría de personas. Intentar adelgazar puede convertirse en una carrera de obstáculos interminable, pero en el pensamiento de muchas personas con «problemas de peso» subyace un único pensamiento: quizá el milagro del triunfo por ser delgados merezca cualquier sacrificio (Alemany, 1996; Contreras y Gracia, 2005; Díaz Rojo, Morant i Marco y Westall Pistón, 2006; Esteban, 2004a; Gracia y Comelles, 2007; Guerrero, 2004; Martínez, 2004; Toro, 1999; Ventura, 2000; Vera, 1998).

En una sociedad compleja como la nuestra, los medios de comunicación son, con toda probabilidad, uno de los más poderosos transmisores de los ideales corporales. La difusión de mensajes, especialmente a través de la publicidad, que equiparan la posesión de un cuerpo delgado con una mejor salud, ha contribuido en gran medida a la penalización del exceso de peso. Aunque quizá los estándares de belleza y delgadez puedan no ser promovidos en exclusiva por los medios de comunicación, ni incluso ser originados por ellos, sí es cierto que han contribuido poderosamente a reforzar y difundir este ideal. Podemos decir que estos medios tienen la capacidad de reflejar, pero también de construir, el ideal estético dominante (Archer, 2005; Gracia, 1997).

La publicidad de productos y servicios para reducir peso se complementa con la divulgación de temas sanitarios referentes a los peligros que puede acarrear el exceso de peso o los beneficios que comporta su pérdida. Los fabricantes recurren al soporte de los expertos

—prescindiendo de los profesionales o utilizándolos como legitimadores— para conseguir la confianza de los consumidores. La publicidad se llena de médicos y nutricionistas (con frecuencia podemos leer «según los expertos», «según un estudio», sin ningún otro tipo de referencia), así como de tecnicismos, cuyo significado no comprenden muchas personas, pero que aportan mayor validez al producto. Aparece la función legitimadora del discurso biomédico, dotando de mayor credibilidad a los discursos relativos estrictamente a la apariencia física. Como explica Gracia (1995), una característica del lenguaje publicitario es su capacidad de absorber discursos. La validación social de los productos ofertados proviene no solo de las características de estos productos, sino también de los ejes argumentales utilizados en los mensajes publicitarios. Pero la calidad de la información que vehiculan los medios de comunicación social en relación al exceso de peso ha sido objeto de una atención insuficiente en comparación con su relevancia en la configuración de expectativas y opiniones en el conjunto de la población<sup>12</sup> (Alemany, 1996; Espeitx, 2005; Gracia, 1995; Gracia y Comelles, 2007). Hay que tener presente que la propagación del discurso médico sobre salud/obesidad en los medios de comunicación no es únicamente un proceso de transmisión o difusión, sino que este proceso puede incluir también una cierta manipulación con la consiguiente modificación más o menos significativa del discurso inicial. Por tanto, esta transmisión no es neutra, sino que puede responder a intereses de diferentes sectores. Por otro lado, los mensajes no son simplemente aceptados o rechazados, sino que sufren una serie de apropiaciones selectivas y reinterpretaciones por parte de los destinatarios para hacerlos coherentes con los propios constructos sobre salud/obesidad y compatibles con las propias circunstancias. El principal problema de una lectura acrítica de los medios estriba en que favorecen en la población la conformación de expectativas poco reales y pueden conducir a prácticas que, en ocasiones, pueden ser muy costosas en términos económicos, físicos y psicológicos.

12 Coincido con Gracia cuando dice que no todos los médicos suscribirían el contenido *paracientífico* de muchos anuncios que basan su eje de comunicación en el discurso facultativo, a pesar de que, contrariamente, hay algunos que sí lo hacen (Gracia, 1995).

### *Consideraciones finales*

Hoy más que nunca vivimos obsesionados por la belleza física, la salud y el bienestar total. Parece que nuestro cuerpo ha dejado de ser nuestro, se ha transformado, como dice Le Breton (1998) en un *alter ego* sometido a las normas dominantes y que, a su vez, relega al individuo a una posición subordinada respecto de su propio cuerpo. La medicalización y la mercantilización del exceso de peso han contribuido, sin duda, a convertir en problema el peso corporal y a crear una visión negativa de la obesidad, cosa que puede favorecer la discriminación de las personas obesas y agravar la propia obesidad.

El culto al cuerpo y a la delgadez es hoy en día un fenómeno social de gran significación, que incita a las personas a la práctica de un comportamiento consumista en busca de un ideal corpóreo. Lo más preocupante es que este fenómeno, de una extraordinaria amplitud, es contemplado por muchos como algo normal, racional, lo que legitima determinadas estrategias dirigidas a reducir peso que, lejos de ser saludables, pueden conllevar efectos negativos para la salud. Es necesario, por tanto, reevaluar unos ideales corporales que están demostrando ser más patógenos que aquello que se pretende solucionar, es decir, que la propia obesidad, y comprender cómo se han impuesto criterios sociales que estigmatizan a personas cuyo peso con frecuencia no es un riesgo para la salud, ni un obstáculo para su vida social. La persona con exceso de peso debería adelgazar en la medida en que su peso pueda suponer un riesgo para la salud, no porque su lugar en la sociedad dependa de su peso corporal.

A mi entender, las medidas propuestas por la comunidad científica y las autoridades sanitarias para luchar contra la obesidad parten de una lectura demasiado simplista de la situación y están mal orientadas. La distinción, por un lado, entre sobrepeso y obesidad, y por otro entre obesidad —como aspecto que puede comportar riesgos para la salud— y presión social para adelgazar sustentada en intereses económicos, resulta fundamental. Esto no significa que conocimientos médicos y factores socioculturales se deban tratar por separado, sino que es necesario reconocer la existencia de ambas dimensiones, médica y social, y entender la repercusión que tiene la una sobre la otra. La necesidad de diálogo interdisciplinar se impone ante la complejidad de un problema que tiene como origen numerosas causas. Urge

aproximar las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, reconocer las limitaciones y las aportaciones de cada una de ellas, evitando así dar explicaciones parciales y desintegradas que solo hacen referencia a alguna de las dimensiones del problema y no a su totalidad. Ciertamente, hay aspectos que se explican mejor desde ciertas ópticas, pero ninguna de ellas agota la comprensión del problema.

En cualquier caso, perder peso, como todos sabemos, es difícil y problemático. Merece la pena plantearse hasta qué punto son necesarios o recomendables los sufrimientos a que se someten muchas personas con sobrepeso, o incluso con un cierto grado de obesidad, para obtener el resultado esperado. Quizá muchas de ellas garantizarían mejor su salud y su bienestar manteniéndose en su peso, aunque esto implique tener «unos kilos de más». Esto no significa llegar al *fat is beautiful*; la adopción de posturas radicales no parece la solución. Valorar el propio cuerpo, independientemente de su peso, sin necesidad de emular modelos imposibles, puede ser la única manera de evitar la sumisión que supone intentar seguir la perfección corporal que dicta la sociedad. Soy consciente de que estoy hablando de comportamientos y valores profundamente arraigados en nuestra sociedad y, por tanto, difíciles de modificar. El vínculo entre consumismo y obesidad no es nada trivial, y supone enfrentarse a la dificultad añadida de vencer tendencias macrosociales sólidamente establecidas. Incidir en esta cuestión requiere una profunda reflexión en cuanto a la manera de hacerlo, reflexión que debería conducirnos, también, a plantear el papel que todos tenemos en la génesis y mantenimiento de esta situación.

### *Bibliografía*

- ALEMANY, Marià (1996) *Obesidad y nutrición*. Madrid: Alianza.
- ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, Julia *et alii* (2006) «Costes y calidad de vida en la obesidad». En MORENO, Basilio; MONEREO, Susana; ÁLVAREZ, Julia (dir.) (2006) *La obesidad en el Tercer Milenio*, 3ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- AMIGO, Isaac (2003) *La delgadez imposible. La lucha contra la imposición de la imagen*. Barcelona: Paidós.
- ARANCETA, Javier *et alii* (2005) Prevalencia de obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125(12): 460-466.

- ARCHER, François (2005) *Le mangeur hypermoderne. Une figure de l'individu éclectique*. Paris : Odile Jacob.
- BAÑUELOS, Carmen (1994) «Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión en torno a este tema». *REIS*, 68: 119-140.
- BERGER, Peter L.; LUCKMAN, Thomas (1984) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BOURDIEU, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BUTLER, Judith (1993) *Bodies that Matter*. Nueva York: Routledge (trad. cast.: *Cuerpos que importan*, Buenos Aires, Paidós, 2002).
- CÁNCER MINCHOT, Emilia *et alii* (2006) «Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad». En MORENO, Basilio; MONEREO, Susana; ÁLVAREZ, Julia (dir.) (2006) *La obesidad en el Tercer Milenio*, 3ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- COMELLES, Josep Mª; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (1993) *Enfermedad, Cultura i Sociedad*. Madrid: Eudema.
- CONNELL, Robert William (1995) «Men's Bodies», *Masculinities*, Polity Press, Oxford/Cambridge, pp. 45-67.
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús; GRACIA ARNAIZ, Mabel (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- CORBEAU, Jean-Pierre (2004) «Les canons dégraissés: de l'esthétique de la légèreté au pathos du squelette». En HUBERT, Annie (dir.) (2004) *Corps de femme sous influence. Questionner les normes*. Paris: Les Cahiers de l'Ocha nº 10.
- DÍAZ ROJO, José Antonio; MORANT I MARCO, Ricard; WESTALL PIXTON, Debra (2006) *El culto a la salud y la belleza. La retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ESPEITX, Elena (2005) «La construcción del cuerpo a través de la alimentación: la salud y la imagen corporal». En DÍAZ MÉNDEZ, Cecilia (coord.) (2005) *¿Cómo comemos? Cambios en los comportamientos alimentarios de los españoles*. Madrid: Fundamentos.
- ESPEITX, Elena (2006) «Práctica deportiva, alimentación y construcción del cuerpo». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXI (2): 79-98.
- ESPEITX BERNAT, Elena (2008) «Cuerpo físico, cuerpo social: usos y discursos». En GIL, Marta y CÁCERES, Juanjo (coord.) (2008) *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. España: Montesinos.

- ESTEBAN, Mari Luz (2004a) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: ediciones Bellaterra.
- ESTEBAN, Mari Luz (2004b) «Antropología encarnada. Antropología desde una misma». En *Papeles del CEIC*, núm.12, CEIC /Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva, Universidad del País Vasco.
- FEIXA, Carles (1994) «El teatre de l'hegemonia. Revisitació de Gramsci». *el contemporani*, 2: 27-33, Universitat de Barcelona.
- FISCHLER, Claude (1995) *El (h)omnívor. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- FLEGAL, Katherine M. *et alii* (2005) «Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight and Obesity». *JAMA*, 293 (15): 1861- 1867.
- FLEGAL, Katherine M. *et alii* (2007) «Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight and Obesity». *JAMA*, 298 (17): 2028-2037.
- GABINETE DE ESTUDIOS BERNARD KRIEF (1999) *Estudio prospectivo delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas*, Madrid.
- GOFFMAN, Erving (1993) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (1995) «La incidencia de los mensajes publicitarios en el comportamiento alimentario». *Quaderns de l' Institut Català d'Antropologia*, 8-9: 137-168.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (1996) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (1997) *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (2002) «Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa». En GRACIA ARNAIZ, Mabel (Coord.) (2002) *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
- GRACIA ARNAIZ, M<sup>a</sup> Isabel (2005) «Cuerpo, alimentación y salud: razones para no comer». En REBATO OCHOA, Esther M. (ed.) (2005) «La imagen corporal, entre la Biología y la Cultura. Antropología, Nutrición y Salud», *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27: 149-164. Donostia: Eusko Ikaskuntza.

- GRACIA ARNAIZ, Mabel (dir.) (2007a) *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Generalitat de Catalunya. Barcelona, Observatori Català de la Joventut, Col·lecció estudis núm. 23.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (2007b) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». *Salud Pública de México*, 49(3): 236-242.
- GRACIA ARNAIZ Mabel; COMELLES, Josep M. (Ed.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- GRAMSCI, Antonio (1981) *Cuadernos de la cárcel; edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana*. Tomo 1. México D.E: Era.
- GUERRERO, Joaquín (2004) «El Mercado de la Identidad Corpórea y sus Contornos Emocionales». *Razón y Palabra*, 39, Junio-Julio.
- GUISADO, Juan A.; VAZ, Francisco J. (2001) «Aspectos clínicos del trastorno por atracón o *binge eating disorder*». *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (77): 27-32.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (2005) *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*, EU Platform Briefing Paper. Brussels.
- IZQUIERDO GÓMEZ, Alicia (2008) «Análisis funcional en los trastornos de la imagen corporal, el género como variable disposicional». En GIL, Marta y CÁCERES, Juanjo (coord.) (2008) *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. España: Montesinos.
- LE BRETON, David (1998) [1990] *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF
- LOBSTEIN, Tim; BAUR, Louise; UAUY, Ricardo (2004) «For the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health», *Obesity Reviews*, 5 (Suppl.1): 4-85.
- LOPES DE SOUSA, Pedro Miguel (2008) «Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects». *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 551-563.
- MARTÍN HERNÁNDEZ, Pilar (2008) «Cuerpo e identidad: ¿El juego del ser?». En GIL, Marta y CÁCERES, Juanjo (coord.) (2008) *Cuerpos que ha-*

- blan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. España: Montesinos.
- MARTÍNEZ BARREIRO, Ana (2004) La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73: 127-152.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (2002/2003) «El cuerpo imaginado de la modernidad». *Debats*, 79: 8-17.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luís (2002) «El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico». *Revista de Antropología Social*, 11: 39-87.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luís (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), Río de Janeiro.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (MSC) (2005) *Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.
- MONEREO, Susana *et alii* (2006) «Prevención de la obesidad: el reto del siglo XXI». En MORENO, Basilio; MONEREO, Susana; ÁLVAREZ, Julia (dir.) (2006) *La obesidad en el Tercer Milenio*, 3ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2004) 57ª Asamblea Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Resolución WHA 57.17, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005) *Livre vert. Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques*. Bruxelles, Commission des Communautés Européennes.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007a) *Livre Blanc. Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité*. Bruxelles, Commission des Communautés Européennes.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007b) *Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe.
- PERPINÁ, Conxa *et alii* (2003) «La imagen corporal en los TCA: estereotipos culturales y sociales». *Viure en Salut, TCA El pes de la imatge*. Generalitat Valenciana, núm. 59, pp. 8-9.

- POULAIN, Jean-Pierre (2001) «Mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité? Les dimensions sociales de l'obésité». *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 36 (6): 391-404.
- POULAIN, Jean-Pierre (2003) *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Paris: PUF.
- POULAIN, Jean-Pierre (2004) «Le gros sous le regard des autres». *Hors de Série 60 millions de consommateurs*. Institut National de la Consommation, N° 116, avril-mai.
- ROMERO-CORRAL, Abel *et alii* (2006) «Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies». *Lancet*, 368: 666-678.
- RUBIO, Miguel A. *et alii* (2007) «Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra)». *Revista Española de Obesidad*.
- SANCHEZ PLANELL, Luís y FERNANDEZ-VALDES MARI, Rosa (2004) «Alteraciones psicopatológicas en la obesidad». En FORMIGUERA, X. (dir.) (2004) «Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización». *Monografías Humanitas*, 6: 139-151. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- SCHILDER, Paul (1950) *The image and appearance of the human body*. NY: International Universities Press.
- SERNA DE PEDRO, Inmaculada de la (2004) «Introducción: alteraciones de la imagen corporal». En SERNA DE PEDRO, Inmaculada de la (dir.) (2004) «Alteraciones de la imagen corporal: anorexia, vigorexia, bulimia, dismorfofobia y cuadros relacionados». *Monografías de Psiquiatría*, 2, año XVI: 1-2, Abril-Junio, Madrid: Aula Médica.
- TORO, Josep (1999) [1996] *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- TURÓN GIL, Vicente José (1997) *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- VENTURA, Lourdes (2000) *La tiranía de la belleza. Las mujeres ante los modelos estéticos*. Barcelona: Plaza y Janés.
- VERA GUERRERO, María Nieves (1998) «El cuerpo, ¿culto o tiranía?» *Psicothema*, 10 (1): 111-125.
- WOLF, Naomi (1991) *El mito de la belleza*. Barcelona: Emece editores.

## MIGRACIONES Y CAMBIOS ALIMENTARIOS



## EL RAMADÁN EN CATALUÑA. SALUD Y AYUNO EN DIÁSPORA

Marta Alonso Cabré

Ariadna Solé Arraràs

GRECS, Universitat de Barcelona

malonsca11@gmail.com

asolearr7@gmail.com

*Resumen: Tener buena salud es una condición necesaria para que los musulmanes puedan cumplir el ayuno prescrito durante el mes de Ramadán. Sin embargo, definir exactamente «sano» no resulta fácil. Más aún en un contexto de diáspora como el de los musulmanes en Cataluña, donde a las controversias propias se añade la diferente percepción de los profesionales sanitarios catalanes. Estos aparecen como una nueva autoridad que, al lado de las religiosas, tiene algo que decir sobre quién debe y quién no debe seguir el ayuno.*

*Palabras clave: salud, Ramadán, ritual, islam, diáspora.*

*Abstract: Being healthy is a necessary condition for Muslims to accomplish fasting during the month of Ramadan. However, defining who is healthy is not always easy. More so in a diasporical context like Muslims in Catalonia where, besides Muslims own controversies, we must add the different perception of fasting coming from Catalan health professionals. These become a new authority that, besides the religious ones, has something to say about who must or who must not fast.*

*Keywords: health, Ramadan, ritual, Islam, diaspora.*

### Introducción

El ayuno del Ramadán, contemplado en la *sura*<sup>1</sup> 2:183-187 del Corán, es uno de los cinco pilares u obligaciones del islam. Durante este mes, los musulmanes deben abstenerse de comer, beber y mantener relaciones sexuales entre el alba y el crepúsculo. Sin embargo, algunas personas, bajo circunstancias especiales, están exentas de realizar el ayuno por razones diversas. Por ejemplo, las mujeres mientras menstrúan y los niños. La salud también es un factor determinante para establecer quienes, entre los musulmanes practicantes, deben seguir el ayuno prescrito durante el mes de Ramadán. Sin embargo, definir la condición de sano —o, la otra cara de la misma moneda, de enfermo— no es sencillo. Más aún en un contexto de diáspora como el de los musulmanes en Cataluña: la falta de concreción del concepto se acrecienta, puesto que a las controversias propias se añade la diferente percepción que las instituciones médicas locales poseen sobre el asunto.

Este artículo es el resultado de una investigación llevada a cabo en el seno de un estudio más amplio sobre el ciclo festivo de los musulmanes en Cataluña titulado *Diàspores i rituals. El cicle festiu dels musulmans de Catalunya*.<sup>2</sup> Se trata de un estudio sobre el seguimiento de las principales festividades del calendario musulmán en Cataluña, como son el Ramadán, la fiesta del sacrificio, la Ashura y la celebración del nacimiento del profeta. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en distintas localidades (Barcelona, Lleida, Creixell, Arenys de Munt y Martorell) y con distintos colectivos de origen (Marrocos, Pakistán, Senegal y Gambia).

1 El Corán está dividido en 114 *suras* o capítulos, también denominados en castellano azoras.

2 La investigación fue coordinada por Jordi Moreras. Las autoras formaron parte de su equipo de investigación junto con Alberto López Bargados y Khalid Ghali. La investigación —con referencia G651 N07/003 *Inventari del Patrimoni Etnològic de Catalunya-Generalitat de Catalunya 2007*— fue realizada por encargo de la Fundació CIDOB y financiada por el *Inventari del Patrimoni Etnològic* en el marco de su concurso anual para la realización de programas de investigación sobre patrimonio etnológico de Cataluña. Los resultados de esta investigación se han publicado en Alonso, Ghali, López Bargados, Moreras y Solé (2010) y próximamente se publicará la monografía completa.

En una situación de diáspora es necesario contemplar las expresiones rituales de los musulmanes en Cataluña más allá de la reproducción de lo que era propio en una situación originaria —es decir, el modo en el que se celebran en contextos en los que el islam es claramente mayoritario—. En Cataluña y otros ambientes donde el islam es minoritario, el ritual ofrece el reflejo de una colectividad diversa que acumula ya varias décadas de progresiva acomodación en las sociedades europeas. Así, en diáspora los rituales tienden a ser redefinidos y recontextualizados. En la práctica del ayuno del mes de Ramadán, así pues, también los conceptos de salud y enfermedad asociados a la dispensa del ayuno se ven modificados por el contexto catalán y por el contacto con su sistema sanitario. Fundamentalmente, la presente investigación se ha realizado mediante entrevistas a profesionales de la asistencia primaria catalana que tratan con asiduidad a pacientes musulmanes, como son los trabajadores de los Centros de Atención Primaria (CAP) Rambla Ferran en Lleida, Creixell en la provincia de Tarragona y Raval Sud en Barcelona. Además, se ha entrevistado a musulmanes de distintos orígenes practicantes del ayuno y a expertos religiosos.

En primer lugar, cabe apuntar que el Ramadán es percibido por la mayoría de musulmanes como una práctica saludable para el sistema digestivo, además de constituir un mérito religioso y una forma de expresión identitaria. Así se explica que algunos pacientes que nuestro sistema de salud detecta como sujetos no apropiados para ayunar deseen cumplir, pese a ello, este ritual.

Un hombre entrevistado se expresaba así: «Todo lo que se manda es por algo. El ayuno esta concebido... no es para pasar hambre y nada más [...]. El ayuno es para que [...] fomente el aumento de la voluntad de las personas [...]. Educar la voluntad de la persona con el ayuno primero. Segundo, sentir por lo que pasa la gente pobre, sentir el hambre que sienten.» Por otro lado, un médico originario de un país mayoritariamente musulmán argumentaba: «El ayuno sanitariamente está comprobado [...]. Es un mes durante el cual reposa el aparato digestivo [...]. Para desintoxicar».

En las sociedades occidentales, pero también —en diferente medida— en los países de origen, la práctica del ayuno del Ramadán se ve afectado por el llamado proceso de medicalización. Este concepto ha sido definido por Josep M. Comelles y Ángel Martínez Hernández

como el proceso mediante el cual ámbitos cada vez más amplios de la vida de los individuos y de las relaciones sociales pasan a formar parte del campo de la biomedicina, y son «patologizados» (Comelles, Martínez Hernández, 1993). El control del cuerpo se aleja de lo religioso y se aproxima cada vez más al ámbito de lo médico. Sin duda, el argumento sobre los beneficios sanitarios del ayuno, esgrimido con mayor o menor intensidad por muchos musulmanes como justificación positiva del Ramadán, forma parte de este proceso (Buitelaar, 1993: 138; Mateo, 2010: 121). Además, en diáspora, los profesionales sanitarios surgen como una nueva autoridad que, al lado de las religiosas, tiene algo que decir sobre quién debe y quién no debe seguir el ayuno.

### *Ramadán y salud desde el punto de vista musulmán*

Según los relatos de Al-Bujári y de Muslim, «quien ayuna un día en aras de Alá, conseguirá que éste aleje el fuego de su rostro durante setenta otoños» (Centro Cultural Islámico Sohail, 1998: 5). Como ya hemos apuntado, la observancia del Ramadán es el cuarto pilar de la religión musulmana. Es, por lo tanto, una obligación para los fieles del islam. Ahora bien, como se repite por activa y por pasiva en la bibliografía dirigida a los seguidores del islam, dicha obligación no incumbe ni a los impúberes, ni al enfermo a quien el ayuno empeore su condición, ni a las personas seniles, ni al viajero, ni a la mujer embarazada, ni a la mujer durante su período de menstruación.

En general podemos decir que están dispensados del ayuno:

- a) El viajero y el enfermo.
- b) La persona anciana y el enfermo crónico.
- c) La mujer embarazada o que da el pecho.

Y no pueden ayunar:

- a) La mujer que tiene la menstruación o los loquios.
- b) La persona que realiza un trabajo duro o para quien el ayuno puede resultarle nocivo para la salud.

Lo que aquí nos ocupa es el estatus del enfermo. Ciertamente, la definición del concepto es difusa y su delimitación no es fácil. El Corán afirma (2/185): «Y quien de vosotros esté enfermo o de viaje, un número igual de días. Y los que, pudiendo, no ayunen podrán redimirse dando de comer a un pobre. Y, si uno hace el bien espontáneamente, tanto mejor para él. Pero os conviene más ayunar». «Y quien

esté enfermo o de viaje, un número igual de días. Alá quiere hacérselo fácil y no difícil. ¡Completad el número señalado de días y ensalza a Alá por haberos dirigido!» (Corán, 2/184).

Pese a lo que establece el libro sagrado, lo cierto es que los expertos debaten numerosas cuestiones sobre la relación entre Ramadán y salud. Tales disertaciones son accesibles a los fieles a través de los más distintos medios, como publicaciones en editoriales especializadas o portales de internet. Hemos consultado distintos portales islámicos europeos que informan sobre las condiciones, los beneficios y el significado que incorpora el ayuno ritual. A menudo se trata de materiales pensados para resolver las dudas que puedan tener los creyentes musulmanes europeos en relación a esta cuestión, y dan fe de consultas acerca de las más diversas dudas. Internet permite también hoy en día acceder a distintas *fatawa* (sing. *fatwa*), o dictámenes jurídicos sobre cuestiones doctrinales, que responden a una pregunta previamente formulada por fieles musulmanes, y que son elaboradas por diferentes especialistas en teología islámica. Por ejemplo, <www.islamonline.net> o <www.islam-qa.com> son recursos que ofrecen distintas interpretaciones doctrinales en los cuales los practicantes exponen dudas, ante las que se ofrecen respuestas deliberadas por distintos sabios.

Estas breves líneas no pueden contener los eternos debates que los especialistas en derecho islámico han protagonizado y protagonizan. Sin embargo, podemos afirmar que en su mayoría coinciden a grandes rasgos en que el acto de ayunar durante Ramadán es muy importante para los musulmanes, y que están exentos por enfermedad aquellos pacientes para los cuales las variaciones que el Ramadán implica en el ámbito alimentario pueden empeorar su estado de salud.

Por otro lado, hay que decir que existen profesionales formados en la biomedicina y que conocen o practican el islam, tanto en países de mayoría musulmana como en Europa o Norteamérica, que han elaborado una literatura médica en la que, generalmente, se insiste en la inocuidad de la práctica del ayuno e incluso se señalan algunos beneficios.<sup>3</sup> En esta literatura se trata de facilitar el ayuno evitando posibles efectos adversos (por ejemplo, con múltiples recomendacio-

3 Ver, por ejemplo: Laird, Marrais y Barnes, 2007.

nes para efectuar cambios en las pautas de medicación). Además, se analizan en profundidad los efectos del ayuno señalando en qué casos específicos se desaconseja tal práctica.<sup>4</sup>

La diabetes es, con toda probabilidad, la patología que mayor literatura médica ha generado en relación al Ramadán. Existen algunos artículos que dan indicaciones específicas sobre el manejo de esta patología durante el Ramadán, buen número de los cuales forman parte de ese grupo de literatura emitida desde el punto de vista musulmán.<sup>5</sup> También en diáspora algunos equipos médicos han elaborado estudios en este sentido.<sup>6</sup> Por ejemplo, la Islamic Medical Association of North America (IMANA)<sup>7</sup> ofrece consejos para aquellos enfermos de diabetes que quieren seguir el ayuno. Se propone que los enfermos compensen la práctica del Ramadán con la dieta y se especifica que tan solo es necesario abandonar el ayuno en caso de que aparezca alguna complicación. En general, estos estudios concluyen que en los pacientes con diabetes tipo 2, que se encuentren estables, sin complicaciones crónicas y que no se traten con insulina, los riesgos del ayuno son aceptables (Fernández Miró, Godoy, Cano, 2005).

La opinión de los sanitarios catalanes, sin embargo, suele ser diferente. En respuesta a la cuestión sobre cómo creen que el ayuno del Ramadán puede afectar a la salud, los profesionales sanitarios entrevistados coinciden en que, para las personas sanas, el ayuno no implica graves prejuicios para el organismo. Aun así, raramente lo consideran beneficioso; en todo caso, inocuo. Así lo expresaba una enfermera: «¿Positivo? No, yo diría neutro... o quizás, ni positivo, ni perjudicial. No es lo ideal, pero no pasa nada, después lo recuperas y el cuerpo se regula. Eso sí, si tienes cualquier descompensación, o eres una persona mayor, o un niño pequeño, o un diabético, o una mujer que está dando el pecho... claro, todas estas cosas las debes tener en cuenta.»

<sup>4</sup> Un buen ejemplo de este tratamiento es el artículo que Leiper, Molla y Molla firman para la *European Journal of Clinical Nutrition* (Leiper, Molla y Molla, 2003).

<sup>5</sup> Por ejemplo: Al-Arouj *et alii*, 2005; Salti *et alii*, 2004

<sup>6</sup> Por ejemplo, el *British Journal of Diabetes & Vascular Disease* (Goenka *et alii*, 2007). En Cataluña, algunos profesionales sanitarios han elaborado estudios y publicaciones sobre diabetes y Ramadán. Es el caso de algunos profesionales del Área Básica de Salud (ABS) Raval Sud (Díaz, Jansà, Franch, 2004; pretiñes MENA, Franch Nadal, 2006).

<sup>7</sup> <[www.imana.org](http://www.imana.org)>.

En el caso de padecer alguna enfermedad, si bien algunos médicos aconsejan tajantemente no ayunar en la mayor parte de circunstancias, otros tratan de forma más personalizada dichas consultas. Así, Fernández Miró, Godoy y Cano (2005) concluyen que los equipos asistenciales que atienden a pacientes musulmanes deben estar capacitados para dar consejos terapéuticos con el fin de adaptar los tratamientos durante el periodo de ayuno. Sostienen que el consejo debe ser individualizado y apoyan también la intervención de profesionales de servicios sociales y mediadores culturales. Por otro lado, recomiendan la prevención, de forma que los consejos médicos se hagan antes de comenzar el mes de Ramadán.

### *Demandas del enfermo musulmán al sistema público sanitario*

El mes de Ramadán conlleva algunas afectaciones en los centros de salud donde se concentran numerosos pacientes de religión musulmana. Se aprecian en el horario de consulta, así como en una disminución de la asistencia durante el mes sagrado. Por ejemplo, un profesional de Barcelona declaraba que: «Durante el Ramadán [los pacientes musulmanes] vienen muy poco, aunque siempre hay alguno que, como aquí, aprovecha los días de Navidad para arreglar algo [...] pero por regla general no vienen tanto. Y si vienen es por un problema [...], no por otro tipo de papeles o actividades.» También se constata que baja la actividad de extracción de sangre.<sup>8</sup>

Por otro lado, la mayor parte de los profesionales entrevistados declaran que los pacientes musulmanes realizan varias demandas específicas durante el mes de Ramadán. Por ejemplo, algunos pacientes piden que su medicación habitual sea sustituida por otra de una sola toma al día, o por medicación inyectable, de forma que no rompan el ayuno. En Lérida, una médica declaraba que se produce un aumento de demandas en urgencias del Centro de Atención Primaria al anochecer, después de romper el ayuno. En muchos casos, afirmaba, los pacientes acudían aquejados de dolor abdominal, aumentando también las consultas por odontalgias y lumbalgias, cosa que la doctora atribuía al abandono de la medicación para tratar estos dolores duran-

<sup>8</sup> Puesto que se come durante la noche y las extracciones para analíticas deben realizarse en ayunas antes de las nueve de la mañana.

te las horas del día. Por otro lado, los sanitarios catalanes reciben también consultas sobre patologías que están directamente vinculadas al ayuno, como fatiga o dolor abdominal.

Los médicos que han participado en este estudio afirman que el ayuno debería ser evitado ante determinadas circunstancias. Aun así, coinciden en decir que pocos son los pacientes musulmanes que consultan sobre seguir o no el ayuno. Como se ha mencionado anteriormente existen distintas razones que pueden explicar esta voluntad: el mérito religioso, la presión social o la importancia del Ramadán en el ámbito identitario.

Buena parte de nuestros informantes musulmanes han expresado la misma idea. A pesar de que algunos afirman que se debe consultar al médico, las dudas de este tipo son, a menudo, resueltas en el ámbito familiar o en el entorno del paciente. Algunos informantes han afirmado que también consultan a especialistas religiosos de su entorno. Por ejemplo, un hombre de origen senegalés respondía así a esta cuestión: «En una familia, si yo estoy con mi mujer y mi hijo, mi mujer está enferma, ella no quiere coger una pastilla porque hace el Ramadán, yo puedo tomar la responsabilidad y decirle: tú vas a tomar esto porque estas enferma. Pero después hay que pagar este día.<sup>9</sup> Si tú tienes dudas sobre un punto, puedes preguntar al imán o al que sabe mucho en el Corán, que clarifican las cosas. Un imán, o puedes tener un amigo que es un profesor de árabe...».

Sin embargo, algunos fieles musulmanes entrevistados han insistido en la conveniencia de consultar al médico afirmando que es la presión social la que les empuja a no hacerlo, por temor a que se crea que buscan una excusa para no ayunar: «Hay que preguntar. Hay gente que no pregunta porque a veces hay unos que no quieren ir a preguntar al médico y decir: me ha dicho que no tengo que hacer Ramadán. Porque la gente piensa: el tío no tiene nada y no quiere hacer Ramadán».

Un médico procedente de un país de mayoría musulmana argumentaba que él también suele recibir pocas consultas de enfermos sobre si pueden o no seguir el ayuno del Ramadán: «Porque ellos saben de toda la vida, más o menos [...] y como que puede más la fe. [...] Al

<sup>9</sup> Se propone a estos enfermos que no realizan el ayuno que compensen cada día de ayuno omitido con el acto de invitar a comer a un pobre o con la donación del dinero equivalente a la comida. Esta acción se denomina *fidyah* (compensación).

contrario, les tengo que decir yo: y no ayunes. [...] A lo mejor tiene fiebre y tal y te vienen con ayuno y les tienes que decir: hombre que no ves, tienes que tomar esto cada ocho horas, tienes que beber agua... O sea que les tienes que echar la bronca para que no ayunen [...] tienes que moderarlos, decir: ep! esto no lo puedes hacer».

Distintos profesionales sostienen, así pues, que son ellos quienes deben inquirir sobre si el paciente tiene intención de seguir el ayuno, como afirmaba esta enfermera: «Cuando llega la fecha del Ramadán y te vienen [los pacientes musulmanes], porque muchos tampoco no vienen..., pues es cuando les insistes un poco: ¿Haces la dieta? ¿Te tomas bien las pastillas? Porque según quién evita, pues eso, comer cuando no le toca o no se toma la medicación».<sup>8</sup> Esto requiere, así pues, una mínima previsión: «Normalmente no piden permiso para hacer el Ramadán [...] somos nosotros que ya lo sabemos ¿Tú, que vas a hacer el Ramadán, o qué? [...]. Una semana antes ya nos empezamos a avisar entre todos, a poner avisos [...]. Ellos no consultan nunca, todos quieren hacer el Ramadán, porque socialmente les une mucho, ellos están lejos de su tierra, es un signo de identidad... Lo tienes que entender, obviamente, y ya está».

Así pues, deben ser los propios profesionales sanitarios quienes deben tomar la iniciativa de prever los posibles efectos adversos del ayuno. Sin embargo, para que este consejo llegue a buen puerto es necesario que los profesionales sanitarios tengan un buen conocimiento del ritual y una disposición de respeto hacia dicha práctica.

En general, las nociones que los profesionales sanitarios tienen de los rituales musulmanes, y del Ramadán en concreto, suelen ser superficiales y, en la mayoría de los casos, provienen de su experiencia práctica. Suelen ser los propios pacientes la fuente de información sobre la fecha de inicio del mes de ayuno.<sup>10</sup> De esta forma, los equipos sanitarios que tienen mayor contacto con población de religión musulmana son los que más se han interesado en profundizar en problemáticas relativas al Ramadán. Además, los médicos y otros profesionales que atienden a población de religión musulmana suelen estar al corriente del ritual del mes de Ramadán, puesto que conlleva diversas afectaciones a su trabajo. Los profesionales con los que hemos ha-

<sup>10</sup> Puesto que tanto el Ramadán como otras festividades musulmanas se rigen por el calendario lunar, la fecha de su celebración varía cada año.

blado conocían como mínimo la existencia del ayuno del Ramadán, así como el hecho de que los enfermos están exentos de ayunar. Sin embargo, en algunos casos los conocimientos no iban más allá.

### *Ramadán y salud en los textos institucionales y médicos*

El creciente número de pacientes de religión musulmana en Cataluña supone, así pues, un reto para los profesionales, que necesitan informarse. Para este estudio se ha tratado de analizar las fuentes de información accesible a los sanitarios sobre el ayuno del mes de Ramadán. Por un lado, la literatura médica, y por otro, los materiales institucionales elaborados con la finalidad de servir de guía para los profesionales sanitarios en cuestiones relacionadas con la inmigración. En ambos casos, podemos destacar algunas características presentes en el discurso de estos textos y que, en cierta medida, reflejan la visión del sistema médico sobre la inmigración y, en particular, sobre la práctica del islam y del ayuno.

Sin duda, los debates y discursos que versan sobre la forma en que el sistema sanitario debe enfrentarse a la inmigración aparecen impregnados de un discurso de carácter culturalista. Ejemplo de ello es la tesis de Leininger, que se basa en la idea de que hay que conocer los patrones culturales del inmigrante para poder atenderlo de forma adecuada (Leininger, 1991). Los conceptos de diversidad cultural y multiculturalismo han acaparado el interés de las instituciones y de los profesionales sanitarios centrando los debates hacia temas polémicos (hábitos alimentarios e indumentarios, barreras lingüísticas, prácticas religiosas, tradiciones controvertidas como la mutilación genital femenina, etc.). Se entiende que, en tanto que usuario del sistema de salud, el inmigrante presenta determinadas necesidades basadas en esta particularidad cultural; raramente se muestran esas demandas como producto de la marginalidad social y política que tal sujeto sufre (Delgado, 2003: 57). De esta forma, se difunde y refuerza la imagen del inmigrante como persona con unos hábitos de salud poco convenientes (Moreno Preciado, 2008). Así, por ejemplo, en el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut se señala que «las características diferenciales de la población que llega, su cultura, la tradición, su religión, su manera de interpretar la salud y la enfermedad, las dificultades idiomáticas, las diferencias en estilos de vida, etc., pueden generar

una serie de factores internos y externos que actúan como barreras y dificultan el acceso a los servicios de salud. Esto incide desfavorablemente en la salud, en la calidad de la asistencia y en el uso de los recursos sanitarios y, por lo tanto, requiere una adaptación del sistema para afrontar la situación de la forma más conveniente posible» (*Generalitat de Catalunya*, 2006: 8).

En este sentido, Laird, Marrais y Barnes (2007) destacan que, en la literatura médica a la que los sanitarios tienen acceso a través de MEDLINE, subyace la idea de que «el islam» —de una forma genérica— es un problema para los profesionales sanitarios. Parten de la base de que los musulmanes practicantes están sometidos a la tradición, lo que pone en riesgo su salud. Así, sostienen que esta literatura refleja discursos orientalistas y colonialistas sobre las otras religiones. El Ramadán es particularmente señalado como una de estas prácticas con las que los musulmanes asumen un riesgo para su salud. Señalan, además, el uso indiscriminado de las palabras «islam» o «musulmán/a» sin profundizar más en el contexto de la población a la que se refieren, sin atender a circunstancias y prácticas locales y refiriéndose en general a «el islam aconseja», «la ley islámica dice», etc. (Laird, Marrais, Barnes, 2007: 2.436).

El islam también merece una atención preferencial en los textos institucionales dedicados a la relación entre inmigración y salud. Buen ejemplo de ello es una obra editada por la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), titulada *Guia Clínica de Salut Internacional i Immigració* (Valerio, Solsona, Garroum, s.f.). Se trata de una breve publicación en la que se ofrecen algunos apuntes sobre enfermedades importadas desde los países de origen, con la particularidad de que también se mencionan factores sociales y culturales que pueden afectar la salud de los inmigrantes. Uno de los capítulos ofrece una breve introducción al islam, pero no se menciona ninguna otra tradición religiosa. Algo parecido ocurre en el número 16 de los *Quaderns de la bona praxi* del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona dedicado a *Els immigrants i la seva salut*. Así, en el apartado consagrado a religión y cultura, la única religión que aparece es el islam (Col·legi Metges, 2003).

Sin embargo, la mayoría de publicaciones institucionales que tratan el ayuno del Ramadán no entran a fondo en esta cuestión. Este es el caso de la mayor parte de protocolos y guías editados por la Gene-

ralitat de Catalunya.<sup>11</sup> La publicación *Recomanacions per al consell alimentari en un entorn de diversitat cultural* puede ser puesta como ejemplo de este trato en gran medida superficial y folclórico (Generalitat de Catalunya, 2007).

### *Conclusiones*

Hemos podido constatar la vigencia de las prácticas rituales entre las comunidades musulmanas instaladas en Cataluña. Un hecho que desmiente un difundido supuesto extraído de las teorías de la modernización más convencionales que sugería que la influencia secularizadora de la sociedad occidental llevaría a un progresivo abandono de estas ritualidades, prácticas que las primeras generaciones de musulmanes llegados a esta sociedad querían mantener como recuerdo y refuerzo de su vínculo con su país de origen.

Distintos estudios indican que los porcentajes de observancia del ayuno durante el Ramadán son elevados, hecho que se explica por el componente eminentemente social y comunitario que florece durante este periodo festivo. Los momentos de recreación comunitaria que se experimentan durante este periodo, donde prima el aspecto relacional y familiar, adquieren una relevancia destacada en un contexto de diáspora. Es la ocasión de mostrar la expresión de una convivencia social y de poder compartir con el colectivo cultural de referencia una determinada cotidianidad y unos espacios instituidos en tanto que propios, que se ordenan alrededor de un principio religioso y que se diferencian de los tiempos y espacios que pertenecen a la sociedad occidental.

El Ramadán es un periodo excepcional, que se desarrolla en un contexto que también se entiende como excepcional. Es por eso que constituye un momento particularmente apropiado para observar cómo se expresan diferentes formas de comprender lo que supone ser musulmán en un contexto no musulmán. Un periodo en el que se puede observar cómo se recuperan (parcialmente, idealmente, reificándolas, contextualizándolas) las referencias sociales, culturales y

<sup>11</sup> Estas publicaciones están disponibles en formato electrónico en la página web del *Departament de Salut* (<<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2051/doc27457.html>>).

religiosas de origen. Es, por lo tanto, un buen momento para analizar cómo se definen y redefinen los límites del vínculo comunitario, tanto a escala local como global (con el conjunto de la *umma* religiosa), y cómo en lo relativo a la distancia y/o la proximidad que se establece en relación a la sociedad occidental.

Diáspora es uno de los conceptos más habitualmente utilizados para referirse a aquellas situaciones, protagonizadas en este caso por colectivos musulmanes que residen fuera de su país de origen, situadas entre la movilidad transnacional, los vínculos identitarios extraterritoriales y la adaptación continua a los particularismos culturales y jurídicos de sus lugares de residencia (Saint-Blancat, 2001: 83). Hoy en día está demostrado que los grupos étnicos no están necesariamente basados en la ocupación de territorios exclusivos, que identidad y territorio no están relacionados de manera nítida, algo que Frederic Barth ya apuntó (Barth, 1976) y que, ciertamente, no es exclusivo ni del siglo xx ni del xxi, pero que destaca en la actualidad por la alta movilidad de las personas. Esta circunstancia comporta la indefinida precisión de las identidades, que no se construyen en relación en un territorio sino a lo que Akhil Gupta y James Ferguson (Gupta, Ferguson, 1992) llaman espacio moral, una manera imaginada de ser que se relaciona con un espacio no tanto imaginario como imaginado. En este contexto, el estudio de la ritualidad musulmana en Cataluña ha servido también para iluminar algunos aspectos relativos a la redefinición identitaria por parte de los colectivos musulmanes.

Considerando la capacidad regeneradora de los vínculos comunitarios que se supone que tienen las ritualidades instituidas por los grupos humanos, uno de sus principales objetivos es garantizar la reproducción del grupo, estableciendo mecanismos de continuidad en el tiempo vivido, fortaleciendo la socialización y, al mismo tiempo, la transmisión a las generaciones futuras. No obstante, el principal reto que tienen que encarar estas prácticas proviene de los procesos de individualización religiosa, que fomentan la reelaboración, según un criterio y experiencias vitales propias, de las herencias religiosas de la familia. Un fenómeno relacionado también con un proceso de dispersión de la autoridad religiosa que se observa en el mundo islámico contemporáneo, y muy especialmente en Europa. El uso de las nuevas tecnologías de la información como internet o el éxito de los programas televisivos de temática religiosa durante el Ramadán son ejemplo

y agente de este proceso. Así, particularmente en países de mayoría no musulmana, las diferentes interpretaciones de la doctrina islámica hechas por distintas autoridades se convierten en opciones abiertas para el creyente, e incluso, según los argumentos de Haenni (2005), en opciones de consumo religioso.

Así mismo, las ritualidades islámicas que empiezan a adquirir cierta notoriedad dentro de la esfera pública generan, a su vez, una reacción en la sociedad catalana. Si el ritual es a menudo contemplado como fuerza estructurante de las comunidades y los colectivos confiriéndoles unidad, queremos destacar cómo, además, permite también ubicar e involucrar a «otros». En el contexto migratorio implica también a aquellos que no pertenecen al colectivo musulmán en una situación en la que expresiones religiosas minoritarias como el islam anhelan ganar cuotas de reconocimiento público. El ámbito sanitario es un espacio más donde esta implicación se hace evidente.

A pesar de estar más o menos ausentes en la práctica del ritual, esos «otros» que no participan en el ritual están presentes como referentes. Gerd Bauman sostiene que en las sociedades plurales el ritual implica tanto a un «nosotros» como a un «otros». Así, propone reemplazar la idea *durkheimiana* de comunidad ritual por la de circunscripciones rituales (*ritual constituencies*) para ampliar los valores celebrados de la perpetuación a la asimilación y el cambio cultural, y para distinguir distintos modos de participación (Bauman, 1992). De esta forma, los profesionales sanitarios aparecen como «otros» que, sin embargo, poseen una nueva autoridad al lado de las religiosas y, en concreto, «tienen algo que decir» sobre quién debe y quién no debe ayunar. Una nueva autoridad que viene a sumarse al complejo entramado de sistemas médicos que, a menudo, conviven en los países de origen.<sup>12</sup>

Como Zygmund Bauman (2001), sostenemos que la diáspora influye en el territorio de origen y también en los lugares de instalación. Los médicos, así pues, deberían conocer las características y necesidades de estos nuevos pacientes. A pesar de la existencia de excepciones remarcables, la ignorancia por parte de muchos profesionales sanitarios sobre la práctica del Ramadán y sus detalles son un ejemplo

<sup>12</sup>Tal es el caso de Marruecos descrito por Josep Lluís Mateo (Mateo, 2010).

de la parca presencia del islam en ciertos espacios y contextos. Cabe recordar que son pocos los profesionales que se implican de forma activa en el control del ayuno de Ramadán, del mismo modo que parece que también son pocos los pacientes musulmanes que consultan a su médico ante la duda de ayunar o no.

En este sentido, es interesante la existencia de literatura institucional que insiste en la necesidad del respeto a la diversidad religiosa de los pacientes y que ofrece algunas informaciones y guías para los sanitarios respecto a ciertas prácticas religiosas que tienen relación con la salud.<sup>13</sup> Es de sobras conocido que la igualdad formal es un requisito necesario, aunque insuficiente, para garantizar una verdadera equidad de acceso al sistema sanitario, pero varias son las razones que se citan para explicar estas desigualdades; entre ellas destaca el hecho de que muchas personas inmigradas padecen las consecuencias de la exclusión social y del racismo. En este sentido, la actitud de muchos profesionales sanitarios no es diferente a la de la sociedad en general; está a menudo marcada por actitudes de rechazo hacia ciertos pacientes o prácticas (Moreno Preciado, 2008; Col-legi Metges, 2003: 18; Bermann, Lurbe Puerto, s.f.).

A modo de conclusión, afirmamos que el rechazo del ayuno que algunos profesionales de la salud profesan en caso de hallarse con cualquier complicación no deja de ser una muestra de la escasa legitimidad social del ritual del ayuno. Los profesionales de la salud son, así pues, unos «otros» para los cuales el Ramadán sigue siendo ajeno.

### *Bibliografía*

- AL-AROUJ M., *et alii* (2005) «Recommendations for management of diabetes during Ramadan». *Diabetes Care*, 28(23): 05-11.
- ALONSO, M.; GHALI, KH.; LÓPEZ BARGADOS, A.; MORERAS, J.; SOLÉ, A. (2010) «Rituals islámics en diáspora. Les comunitats musulmanes a Catalunya». *Etnologia. Revista d'etnologia de Catalunya*, 36: 171-176
- ALONSO, M.; GHALI, KH.; LÓPEZ BARGADOS, A.; MORERAS, J.; SOLÉ, A. (próxima publicació) *Diáspores i rituals. El cicle festiu dels musulmans*

<sup>13</sup> Un ejemplo sería la *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* (GENCAT, 2005).

- de Catalunya*. Temes d'Etnologia de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura.
- BARTH, Frederic (1976) [1969] *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México D.F.: FCE.
- BAUMAN, Gerd (1992) «Ritual implicates 'Others': rereading Durkheim in a plural society». En: DE COPPET, D. (ed.) *Understanding Rituals*. London: Routledge
- BAUMAN, Zygmund (2001) *Globalització: les conseqüències humanes*. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.
- BERMANN, S.; LURBE PUERTO, K. (s. f.) *La salut i el Marroc. Guia de suport per als professionals sanitaris sobre l'atenció sanitària a la població immigrada procedent del Marroc*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. En línia: <<http://www.gencat.cat/salut/depssalut/html/ca/dir2051/marrocqua.pdf>>.
- BUITELAAR, M. (1993) *Fasting and feasting in Morocco: women's participation in Ramadan*. Oxford: Berg
- CENTRO CULTURAL ISLÁMICO SOHAIL (1998) *Guía del musulmán en el mes del Ramadán*. Barcelona: La Casa del Libro Árabe.
- COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (2003) «Els immigrants i la seva salut». *Quaderns de la bona praxi*, 16. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema
- DELGADO, M. (2003) «Salud y diversidad cultural. El inmigrante como usuario del sistema público sanitario». En: ANRUBIA, E. (ed.) *Cartografía cultural de la enfermedad. Ensayos desde las ciencias humanas y sociales*. Murcia: Universidad Católica San Antonio y Colegio Oficial de Enfermería de Álava / Quaderna Editorial
- FERNÁNDEZ MIRÓ, M.; GODOY, A.; CANO, J. F. (2005) «Tratamiento de la diabetes mellitus durante el Ramadán», *Medicina Clínica*, 0 (0): 1-11
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2007) *Recomanacions per al consell alimentari en un entorn de diversitat cultural*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
- (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Direcció General de Planificació i Avaluació.

- (2005) *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari*. Barcelona: Departament de la Presidència, Direcció General d' Afers Religiosos, Departament de Salut
- GOENKA, N.; THOMAS, S.; SHAIKH, S.; MORRISEY, J.; PATEL, V. (2007) «Providing diabetes care to Arab migrants in the UK: cultural and clinical aspects». *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 7(283): 283-286
- GUPTA, A.; FERGUSON, J. (1992) «Beyond "Culture": Space, Identity, and the Politics of Difference». *Cultural Anthropology*, 7 (1): 6-23.
- HAENNI, Patrick (2005) *L'islam de marché. L'autre révolution conservatrice*. Paris: Seuil.
- LEIPER, J.B.; MOLLA, A.M.; MOLLA, A.M. (2003) «Effects on health of fluid restriction during fasting in Ramadan». *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, supl 2.
- LAIRD, L.D.; MARRAIS, J.; BARNES, L. (2007) «Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: A content analysis». *Social Science & Medecine*, 65 (24): 25-2439.
- LEININGER, M. (1991) *Culture Care. Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. Nueva York: National League for Nursing Press
- MATEO, J. Ll. (2010) *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*, Barcelona: Bellaterra
- MORENO PRECIADO, M. (2008) *El cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera / paciente inmigrado*. Barcelona: Bellaterra
- SAINT-BLANCAT, CH. (2002) «L'islam en diaspora: un laboratoire de gestion du pluralisme». Dins AAVV, *Commissariat Général du Plan Croyances religieuses, morales et éthiques dans le processus de construction européenne*. Paris: La Documentation française, 53-66.
- SALTI, I.; BENARD, E.; DETOURNAY, B.; BINACHI-BISCAY, M.; LE BRIGAND, C.; VOINET, C. *et alii*; EPIDIAR study group (2004) «A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study.» *Diabetes Care*, 27(23): 06-11.
- VALERIO, LL.; SOLSONA, LL.; GARROUM, S.; ROCA, C. (s.f.) «Guia Clínica de Salut Internacional i Immigració, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) En línia: <[http://www.camfic.org/grups\\_treball/docs/cocoopsi\\_guia\\_clinica\\_oficial%20\(Inmigrants\)%20def%20\(24-7-06.pdf](http://www.camfic.org/grups_treball/docs/cocoopsi_guia_clinica_oficial%20(Inmigrants)%20def%20(24-7-06.pdf)>.



REPRESENTACIONES SOBRE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS WAYUU  
EXPLICADAS A PARTIR DE LA CULTURA DE UN GRUPO  
DE WAYUU URBANO DE VENEZUELA

Carmen Laura Paz Reverol

*Estudiante de Doctorado en Antropología. Perfil: Antropología Médica  
y Salud Internacional, Universidad del Zulia, Facultad Experimental  
de Ciencias, Departamento de Ciencias Humanas  
Unidad de Antropología/Laboratorio de Antropología  
Social y Cultural (LASyC), Avenida Universidad,  
Edificio Grano de Oro, Maracaibo, Venezuela  
Dirección de contacto: Apartamentos Lauria,  
Apto. 15, 43004, Tarragona, España  
wayuunita@gmail.com*

*Resumen: Este artículo investiga sobre los cambios en las representaciones de los wayuu urbanos que habitan en la ciudad de Maracaibo (Venezuela), específicamente la desnutrición en niños y su vinculación con las representaciones que sobre ésta tiene el grupo desde su cultura. El objetivo del mismo es describir las representaciones de los wayuu urbanos sobre la desnutrición comparándolas con la significación del sistema originario wayuu de prácticas y creencias sobre este padecimiento. Para recoger la información se entrevistó a dos médicos y quince mujeres wayuu urbanas. La interpretación de los datos se realiza desde la antropología de la medicina y de la alimentación.*

*Mientras que en el medio urbano la desnutrición es reconocida y diagnosticada desde los parámetros del sistema biomédico, dentro del grupo wayuu las enfermedades infantiles vinculadas con este padecimiento se explican a partir de su cultura wayuu, pero también se acude al culto de María Lionza, que concibe dicha enfermedad como mal de ojo. En la ciudad, los wayuu han redefinido sus representaciones y prácticas a partir de su sistema curativo de origen y de la situación intercultural en la que viven. Al mismo tiempo se han abierto a superponer y a utilizar en algunos casos*

*una diversidad de opciones para restituir la salud y prevenir las enfermedades en la niñez, en este caso la desnutrición.*

Palabras clave: *enfermedad, representaciones, desnutrición, niños, wayuu.*

Abstract: *The representations of the urban wayuu who live in the city of Maracaibo (Venezuela) are investigated in this article, regarding child malnutrition and the ties that these representations have with illnesses is explained from their cultural point of view. The objectives are: to describe the representations that urban wayuu have with regard to malnutrition, to compare this ailment with the significance that it has within the original wayuu system of illness and beliefs. To gather this information, 2 doctors and 15 urban wayuu women were interviewed. The data interpretation is done from a Nourishment and Medical Anthropological point of view.*

*While in the urban media, malnutrition is acknowledged and diagnosed within the parameters of the biomedical system, in the wayuu group the childhood illnesses tied to this ailment are explained according to their wayuu culture, but also according to the cult to Maria Lionza which sees this disease as a manifestation of the evil eye. In the city, the wayuus have redefined their representations and healing practices, according, not only to their original curative system, but also to the intercultural situation in which they live. At the same time, in some cases, they have used and superimposed a diversity of options in order to reconstitute health and to prevent childhood disease, in this case due to malnutrition.*

Keywords: *illness, representations, malnutrition, children, wayuu.*

### *Introducción*

El interés de esta investigación, inscrita en la antropología de la medicina y de la alimentación, se centra en el análisis de la enfermedad en un determinado contexto sociocultural. La enfermedad, que «más allá de un hecho clínico, es un hecho social», en la cual los distintos actores sociales interactúan frente a una misma realidad: el individuo

enfermo. Partimos de la premisa de que no existe un único modelo de representación de la enfermedad y de las prácticas curativas; parafraseando a Augé y Herlizlich, quienes afirman que la gran paradoja de la enfermedad es que es a la vez lo más individual y social de las cosas: «es social, no sólo porque cierto número de instituciones la toman a su cargo en diferentes fases de su evolución, sino porque esquemas de pensamiento que permiten reconocerla, identificarla y tratarla son eminentemente sociales: pensar la enfermedad es hacer referencia a los otros» (Augé y Herlizlich, 1984).

En su doble dimensión —individual y social— la enfermedad tiene como centro el cuerpo, cuyas características fundamentales y unitarias son las de constituir una naturaleza biológica —realidad carnal, visceral y neurológica— que compartimos con otras especies, y también el rostro del animal humano integrado en las complejas y variables construcciones culturales y en la diversidad de redes sociales. En definitiva, podemos afirmar que la existencia humana es, en primer término, corporal (García G., N., Paz R., C. Díaz, R., 2008).

Los antropólogos reconocen la injerencia de lo social y lo cultural en lo biológico, razón por la cual han centrado su interés en la alimentación como una categoría del sistema sociocultural. De ahí que la alimentación resulte ser un fenómeno complejo, copioso y resultado de numerosas variables. Se considera, a partir de Contreras y Gracia (2005), que la alimentación humana es una de las actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social, un hecho bio-psico-social en el que subyacen planteamientos no solamente culturales sino también biológicos. Al considerar la complejidad de este fenómeno se requiere tener en cuenta cuestiones de diversa índole, «de carácter biológico, ecológico, tecnológico, económico, político, social e ideológico» (Contreras y Gracia, 2005).

Los resultados de esta investigación, que aborda las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad y la alimentación de los wayuu —así como los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades, tales como la desnutrición y sus práctica de tratamiento—, se orientan desde este enfoque de la antropología de la alimentación y de la medicina. La investigación transcultural nos muestra que las concepciones de la buena y la mala salud, la buena o mala alimentación, junto con las principales amenazas y problemas, varían entre las culturas.

Para caracterizar la naturaleza de este fenómeno de la alimentación/nutrición se hace referencia al ámbito de las instancias gubernamentales y sanitarias, específicamente la de los países no industrializados; en éstos, una de las constantes que se ha verificado es la deficiente ingesta de alimentos que, evidentemente, causa desnutrición en los niños. Ésta sería el resultado de uno o varios factores, entre los cuales podemos citar: a) en el hogar faltan los alimentos en cantidad y calidad, b) a los niños no se les dedica el tiempo ni los cuidados necesarios para su alimentación y salud, c) no hay agua potable, d) las medidas de saneamiento básico son insuficientes o no existen, y e) hay dificultades en el acceso y la atención en salud. Y ello a pesar de que la misma Convención de los Derechos del Niño (CDN) de 1989, firmada por 191 países —entre ellos Venezuela—, establece, entre otros derechos, el compromiso de los Estados para «tomar medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, combatir las enfermedades y la desnutrición a través del uso de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos y adecuados y agua potable» (CDN, art. 24).

Además de esto, existen otras causas que inciden, tanto o más que las anteriores, en la desnutrición; como la pobreza, cuyas consecuencias consisten en estar «sin comida y con problemas de salud graves por carecer de acceso regular al consumo de alimentos» (Contreras y Gracia, 2005). Es lo que Messer llama «pobreza alimentaria», tipología propuesta por el autor para medir el acceso adecuado o inadecuado de un hogar al alimento: «[...] una familia que tenga pobreza alimentaria, al carecer del derecho al alimento, no es capaz de obtener suficiente comida para satisfacer las necesidades nutrimentales de todos sus miembros» (Messer, 2006).

Es así que, aun cuando algunas condiciones que contribuyan a la desnutrición bajo circunstancias específicas, «el efecto de estas tradiciones en el cuidado y alimentación del niño es situacional y no mecánico; es decir, estas familias y sus tradiciones aumentan el riesgo de desnutrición en los niños, lo cual nos conduce a predecir de manera mecánica quién se desnutrirá» (Ramos, 1996).

En el caso de los pueblos indígenas que migran a las ciudades, la pobreza es una constante permanente, ya que suelen insertarse en condiciones de subalternidad, no tienen un nivel de educación apropiado que les permita encontrar trabajo y mejorar sus ingresos, ni acceso a créditos o préstamos para la agricultura o vivienda.

Ahora bien, *no siempre la pobreza trae desnutrición*, pues muchas familias pobres logran tener una nutrición adecuada y otras con más recursos económicos pueden estar desnutridas. Es por ello que la pobreza, la alimentación, la desnutrición, deben analizarse en su contexto y desde varios aspectos: socioeconómico, histórico, ecológico, demográfico y político.

En América Latina, los altos índices de mortalidad y desnutrición infantil, «así como los bajísimos niveles de vida en general, eran atribuidos por muchos estudiosos a la existencia de formas arcaicas o tradicionales de organización social y económica y para remediar la situación se propusieron políticas de 'integración' y 'modernización'; sin embargo, el fenómeno es más complejo» (Stavenhagen, 1998). En tal sentido, Hidalgo (1997) ha señalado cómo los cambios en el patrón cultural han afectado las costumbres nutricionales y la salud de dos pueblos indígenas de Venezuela: Hiwi y Wothiha (Piaroa), en los que el contacto progresivo con la cultura occidental ha influido en su patrón alimentario, especialmente en comunidades que desde hace 20 o 30 años han consolidado sus asentamientos en zonas de mayor contacto con poblaciones no indígenas. Este contacto ha influido severamente en el medio ambiente que los circunda, haciendo cada vez menos productiva la caza, la pesca y la recolección, y también con la incorporación cada vez mayor a la dieta tradicional productos occidentales adquiridos.

Y es aquí donde adquieren sentido los objetivos de esta investigación, cuyos resultados divulgamos en este artículo; en él sistematizamos la información de parte de los datos recogidos en el año 2004, y cuyos primeros avances vieron la luz en el año 2007<sup>1</sup>. En la investigación nos hemos interrogado sobre las representaciones que sobre la desnutrición infantil tienen los wayuu urbanos que habitan en la ciudad de Maracaibo (Venezuela). En el presente trabajo describiremos e interpretaremos la concepción y el significado de la desnutrición de los wayuu urbanos, comparando la significación que le dan con la manera en que el sistema curativo wayuu la comprende; así mismo, hemos interrogado al personal médico y paramédico de los centros

1 *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. 2007. Vicerrectorado Académico de la Universidad del Zulia. Maracaibo.

asistenciales urbanos para evaluar la accesibilidad y/o aceptabilidad del sistema biomédico por parte del grupo wayuu en cuestión.

La información se ha recogido mediante trabajo de campo realizado en sucesivas etapas (2000-2004) en la zona norte de la ciudad de Maracaibo: la parroquia Idelfonso Vásquez, con sus barrios de El Mamón, Chino Julio y Palo Negro. Según el Censo (2001), esta parroquia tiene una población de 112.314 habitantes, de los cuales 45.568 son wayuu y el resto colombianos y maracaiberos. Para recoger la información se ha dado prioridad a la realización de entrevistas con madres cuyos hijos han sido diagnosticados con problemas de desnutrición. Se realizaron entrevistas no estructuradas en las cuales han participado las madres, sus hijos y el resto del grupo familiar.

El artículo se divide en cuatro partes: en la primera de ellas se describe el contexto del problema, en la segunda se hace una breve reseña de la desnutrición en el medio urbano wayuu, la tercera se refiere a las representaciones, causas y tratamiento de la enfermedad, y en la cuarta se interpretan los resultados a modo de conclusión.

### *El contexto de la investigación*

Los wayuu, conocidos también como guajiros, es un pueblo amerindio de filiación lingüística *arawak* que ha tenido una gran capacidad para mantenerse como grupo a pesar de los contactos, imposiciones y del menoscabo de su autonomía; constituyen en la actualidad el 57% de la población indígena nacional (Censo de 1992, Censo 2001). La Península de la Guajira, territorio tradicional de los wayuu, es compartida entre Colombia y Venezuela. La extensión aproximada de la Guajira venezolana es de 3.380 km<sup>2</sup>. Es una tierra seca, cálida, semidesértica, inhóspita, con un sol abrasador y un régimen pluviométrico estacional que alterna largos períodos de sequía con cortas temporadas de fuertes lluvias torrenciales.

El ganado (caprino, vacuno, equino y ovino) pasó a constituir en los siglos XVII-XVIII un valor económico y de intercambio inter y extra étnico, centro de todas las prácticas y relaciones sociales y simbólicas del grupo. Sin embargo, actividades como la caza y la recolección, la agricultura y la pesca no fueron abandonadas sino que, desde aquel entonces, pasaron a ser actividades complementarias. Más tarde, desde la primera mitad del siglo XX los wayuu incorporaron el comercio

—incluido el contrabando, que ya venía desarrollándose en siglos anteriores— como una de sus actividades económicas.

Durante el siglo xx, con la consolidación de los Estados-nación de Colombia y Venezuela, los wayuu han sufrido cambios culturales acelerados y, en muchos casos, presionados por las condiciones económicas, se han visto obligados a migrar a las ciudades más cercanas a la Península de la Guajira: Maracaibo, Machiques, La Villa del Rosario de Perijá (en Venezuela), y Maicao y Riohacha en Colombia. En las migraciones a las ciudades inciden varios factores como la sequía/inundaciones, los conflictos interétnicos o la búsqueda de oportunidades laborales. En general, suelen asentarse en barrios urbanos en condiciones poco óptimas, sin que se den las condiciones apropiadas para vivir en ellos. En la ciudad continúan realizando sus prácticas productivas (cría de ganado vacuno, caprino y equino) sin, en algunas ocasiones, cumplir la vacunación reglamentaria de los animales. Alrededor de la ciudad algunos barrios no cuentan con los servicios básicos: sistema de red de cloacas, agua potable, gas doméstico, recolección de basura, etc., y además los hombres wayuu resultan propensos a la ingesta de alcohol, a los accidentes de tránsito y, en muchas ocasiones, a ser víctimas o victimarios por el uso de armas de fuego. Todo esto incide en el alza de las tasas de morbilidad.

La vivencia en la ciudad ha implicado profundos cambios en el modo de vida wayuu: en los patrones migratorios, en su organización políticosocial, en el propio sistema de prácticas y creencias religiosas, entre otros aspectos.

En la convivencia con la sociedad nacional, la sociedad wayuu ha pasado a ser interdependiente y determinada por aquella, convirtiéndose en una parte más de un metasistema que la ordena y le confiere sus posiciones y significados. Esta situación es compleja, llena de contradicciones, al mismo tiempo que ha tenido, sin lugar a dudas, redefiniciones y resituaciones. Sirva como ejemplo el del sistema curativo, en el que las enfermedades han cambiado en cuanto a su naturaleza, definición, prevención y terapéuticas, así como en lo referente a los agentes a quienes se acude para su curación, como es el caso que aquí explicamos de los wayuu asentados en el municipio de Maracaibo.

### *¿Qué sucede con la desnutrición?*

Se estima que en el mundo aún hay 149 millones de niños y niñas menores de cinco años malnutridos (lo que supone más del 25% de los menores de cinco años), y cerca de 40 millones padecen deficiencia de vitamina A, de los cuales la mayoría muere y muchos quedan ciegos (Unicef, 2002). Se calcula que uno de cada tres niños y/o niñas del mundo en vías de desarrollo no pueden alcanzar todo su potencial físico y mental debido a la desnutrición persistente. En el informe sobre el Estado Mundial de la Infancia (Unicef, 2006) se revela que la pobreza extrema es, a la vez, causa y consecuencia de la exclusión y la invisibilidad, que afecta a 96 millones de personas en América Latina y el Caribe, de las cuales 41 millones son niños y niñas menores de 12 años, y 15 millones son adolescentes entre 13 y 19 años.

En la región de América Latina y el Caribe, con una población aproximada de 442 millones de habitantes, más de 180, es decir un 41%, viven en situación de pobreza, lo que no les permite satisfacer todas sus necesidades básicas. De estos últimos, alrededor de 82 millones viven en situación de indigencia, lo cual significa que, aunque las familias gastaran la totalidad de sus ingresos en alimentación, no lograrían satisfacer sus requerimientos nutricionales mínimos (Manrique *et alii*, 2004).

En Venezuela, el 13,6 % de los niños y niñas menores de 5 años sufren desnutrición crónica (baja estatura con relación a la edad) y un 4,7% desnutrición global (bajo peso con relación a la edad). El problema es aún más grave en los dos primeros años de vida, en los que se concentra el mayor porcentaje de desnutrición, con alto riesgo de mortalidad o de un inicio de vida de baja calidad (FAO, 2000). Las áreas del país más afectadas por la malnutrición crónica y aguda son en general las más pobres y menos densamente pobladas: Delta Amacuro (30%), Amazonas (24%), seguidas de cerca por Apure (18%) y Bolívar (17%). La situación no es diferente en el municipio de Maracaibo, capital del Estado Zulia, y en su parroquia Idelfonso Vásquez, espacio donde se realizó nuestra investigación.

En el Estado Zulia, ubicado en la región noroccidental del país, habitan cinco pueblos amerindios: los wayuu, los añú, los barí, los yukpa y los japerria, en los cuales la desnutrición tiene una alta prevalencia. Esta situación convierte al Estado Zulia en uno de los espacios

geográficos nacionales con mayor morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

Las condiciones de vida de muchos de los residentes de la parroquia Idelfonso Vásquez son precarias; lo cual influye, evidentemente, en los índices de morbilidad. Esta situación constituye una de las causas del padecimiento de desnutrición, cuadros diarreicos y enfermedades respiratorias: neumonías, asma, bronquitis en niños (*Anuario de Estadísticas de Salud. Estado Zulia*, 1999). En cuanto a la desnutrición, se observan frecuentes casos en las áreas marginales urbanas y en las zonas rurales de la Alta Guajira. Las mismas enfermedades son reportadas en los municipios Mara y Páez del mismo Estado (*Anuario de Estadísticas de Salud. Estado Zulia*, 1999).

En realidad, tanto en el medio urbano como rural los casos de desnutrición entre los wayuu se han triplicado: «al menos 12 de los 15 casos que atienden por consulta presentan algún tipo de la enfermedad leve, moderada y grave», según una de las empleadas del Consejo de Protección de Páez. Otros testimonios señalan: «cuando nacen, no nacen desnutridos porque la que se cuida es la madre, pero los muchachos no nacen desnutridos y aquí lo ve uno gorditos, soplitos...» (AM). En poblados rurales de la Guajira, esto afirma una enfermera: «Los niños se enferman aquí de asma, diarrea y desnutrición ¡como arroz! La parte de diarrea infantil ha mejorado mucho porque hay 54 unidades de diarrea oral comunitaria que están en sitios dispersos, ese programa funciona muy bien y ya con la desnutrición ¿cómo hace uno?...» (AM).

En los ambulatorios de El Mamón y Chino Julio obtuvimos las primeras informaciones, que denominamos de diagnóstico. Para lograrlo, contamos con el personal de estas instituciones, nuestros aliados a la hora de contactar con las madres cuyos niños tenían problemas de desnutrición. Una vez realizados los primeros contactos, seleccionamos los barrios adyacentes a dichos ambulatorios por ser espacios que conocíamos y en los cuales nos podíamos mover con relativa facilidad. En los años 2000 y 2002 realizamos visitas regulares a quince familias que consintieron ser nuestros informantes. Familias que tienen en común el ser pobres, ser wayuu y tener o haber tenido uno o más niños en edades comprendidas entre los 0 y 6 años diagnosticados de desnutrición.

Durante el desarrollo de trabajo de campo pudimos observar que los centros de atención a los enfermos son accesibles a los mismos, están muy cercanos a su domicilio (la atención es ambulatoria y gratuita, excepto los medicamentos); la recurrencia a las instituciones de salud que proveen el tratamiento a los niños malnutridos depende del recorrido que realice cada familia a los sistemas curativos existentes en la zona (los cuales se desarrollarán más adelante), incluyendo el biomédico. Existen otros problemas derivados de conflictos interculturales y/o de la doble situación de exclusión que viven estas familias: ser indígena y ser pobres, que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud, incluso en la ciudad.

*Pero, ¿cuáles son las representaciones que estos sujetos-actores tienen de la enfermedad? Nombrar, reconocer e identificar las causas de la enfermedad*

La presencia de la desnutrición entre los wayuu no es nueva. Cuando un niño está «flaco» y su cuerpo se va descompensando, subyace entre los wayuu una explicación cultural que se corresponde con la dada a la *enfermedad denominada «apülainwaa»*, también conocida comúnmente como «mal de ojo», que al parecer padecen mayormente los niños, en edades comprendidas de 0 a 6 años. En el universo wayuu se considera *causada por un agente*, sea animales o personas, vinculados con seres del mundo no humano, con lo sagrado, que sirven de mediadores para causar la enfermedad; cuando dichos agentes entran en contacto con el niño, éste enferma. Este tipo de enfermedad, su etiología, su atención y terapéutica, sólo la ofrece el sistema cultural.

Los *agentes contaminadores* pueden ser de cinco tipos: 1) animales, 2) homicidas y/o sus víctimas, 3) personas que han manipulado cadáveres, 4) personas que han manipulado cadáveres en el segundo velorio, 5) objetos contaminantes como el ataúd, la bóveda, y el revólver. En el caso de la desnutrición, los enfermos y/o familiares reconocen que la causa de la enfermedad estaría vinculada a seres humanos, animales y no humanos que causan, según un médico, «mal de ojo». Jamás piensan la causa pueda residir en la falta de nutrientes adecuados al organismo. Además, y como se verá más adelante, cuando un niño tiene diarrea se le cambia la dieta, se le da solo agua de arroz y maíz y se suprimen la leche, carnes y otras proteínas.

De tal forma que, *para curar* estas enfermedades, es necesario recurrir a la cultura que permite identificar el tipo de enfermedad, el agente que la ha provocado, así como la terapéutica a seguir para su curación. De ahí la resistencia de las madres wayuu urbanas entrevistadas a reconocer que la desnutrición sea causada, según los cánones biomédicos, a una falta o a mala alimentación. Por ello, en la mayoría de los casos los servicios sanitarios constatan que se acude al centro de salud por problemas diarreicos y respiratorios, no por desnutrición (Paz Reverol, 2007).

En el sistema médico wayuu existen igualmente otras enfermedades como las «ayulee», que son enfermedades de evolución lenta, comunes, de poco riesgo y que se manifiestan de manera poco espectacular. Estas enfermedades pueden ser producidas por el viento («ayulee sü-nainjeejatü joutai»), como es el caso de las gripes y neumonías, o por el agua («ayulee sü-nainjeejatü wüin»), como las diarreas, vómito y fiebre, o bien por el contacto con cosas sucias («ayulee sü-nainjeejatü rerechi»), como las parasitosis. También son *ayulee* las enfermedades nuevas, desconocidas, aparecidas recientemente, que aquejan a los no indígenas u otros grupos sociales y para cuya curación se puede acudir a otros sistemas curativos, por ejemplo, al biomédico o al sistema marialioncero<sup>2</sup>, entre otros. Otras, en cambio, se acogen al término *wanülüü*, que puede tener tres sentidos: *a*) en primer lugar, es un ser del mundo no humano que puede tomar diversas apariencias (asume apariencia humana: wayuu vestido de negro, persona no indígena o alijuna con ropa) y provoca las enfermedades y las pestes cuando lanzan en la noche sus flechas invisibles o hieren a los humanos o los enferma con la mirada; *b*) en segundo lugar, se asocia con las enfermedades graves que necesitan intervención del curador wayuu u öütshi; *c*) en tercer y último lugar, es sinónimo de la noción de «aseyuu» o espíritu auxiliar del curador, quien recibe de él la información sobre las enfermedades que aquejan a la persona que trata y cómo curarlas (Paz Reverol, 2007).

Es necesario saber que la frontera entre una enfermedad *ayulee* y una *wanülüü* se traspasa fácilmente por signos particulares de la

<sup>2</sup> El modelo curativo marialioncero es culto de posesión, en el cual el medium incorpora diferentes espíritus a su cuerpo y puede diagnosticar enfermedades «puestas» y naturales. De igual manera se ejerce la adivinación de diferentes sucesos por los cuales atraviesa el individuo consultante y se le da una terapéutica para su curación o eliminación del mal.

cultura, eso quiere decir que cuando se acude al médico por una enfermedad común y no hay signos de mejoría, cuando los tratamientos se tornan ineficaces, cuando hay señales de agravamiento, cuando la enfermedad ataca súbitamente, se considera que hace una trayectoria de *ayulee* a una de tipo *wanülüüü*; se piensa que la causa de dicho agravamiento tiene que ver con el contacto con una deidad del mundo no humano o sobrenatural y se ha transgredido el orden; y, por lo tanto, debe acudirse al curador de la cultura o a cualquier otro sistema que reconozca y trate dicho padecimiento (Paz Reverol, 2007). Esto quiere decir que, aunque la enfermedad pueda ser reconocida por el sistema biomédico, para su curación se acude a la cultura, aun cuando se utilicen otros sistemas médicos que se sobreponen.

La desnutrición es considerada enfermedad *apülainwaa*, y solo sería reconocida y atendida acudiendo al sistema curativo wayuu. Una de las madres entrevistadas argumentaba que lo que su hijo tenía era «mal de ojo, y es el piache (curador) quien lo va a curar» (OC).

Ahora bien, los wayuu que habitan la periferia urbana, en los barrios donde realizamos nuestro trabajo, tienen poco contacto o han perdido casi toda relación con su territorio y su cultura ha sufrido cambios significativos. En el caso de la desnutrición, diagnosticada así por el sistema biomédico, entre ellos se la designa en su lengua *wayuunaiki*, por lo tanto es *apülainwaa* o *pülajuin*, que se traduce al español como «mal de ojo» o «estar ojeado». Para buscar la curación y el tratamiento, muchos *wayuu* urbanos acuden a los curadores «marialionceros». Una de las madres señala: «yo creo en el mal de ojo, porque una vez le dio al hijo de una amiga mía, entonces yo le dije: no será que ese niño tiene mal de ojo, porque mamá me dijo que a veces hay muchachos que se ponen así. Lo llevamos donde una señora, y le fumaron un tabaco al niño y si salió cierto, que el niño tenía mal de ojo de una tía de él, el muchachito la miró, y la muchacha había agarrado un muerto. Ella vio al bebe, estaba recién nacido... luego lo baño, le dio remedio y se curó el bebe, ahora está grande, el bebecito ahorita tiene ocho meses» (YG, 2002).

Ver un individuo que haya muerto de muerte violenta se considera entre una de las causas más importantes de la desnutrición. Una de las madres refería que al nacer su niño «Bueno como yo lo vi flaco y mas flaco cada día más flaco, y como yo, es decir, a mí me mandaron a hacer algo cuando estaba embarazada, vi a ese hombre era un muerto

y estaba ensangrentado. Mi mamá dijo que eso fue lo peor que yo hice, cuando yo lo vi, quede impresionada. Entonces pa' los paisanos hay una creencia que eso es malo apülainsü, eso es lo que dicen ellos» (EL). Ver al muerto y la sangre es contaminarse y el feto, que es frágil, porque tiene un *aa'in* sin forma, es quien recibe todo el peso de la contaminación.

Estar «flaco» es un síntoma y, en este caso, los síntomas de la enfermedad son descritos como enfermedad «apülainwaa». Hay wayuu urbanos que reconocen y denominan la enfermedad de la misma manera a como se hace en el sistema curativo wayuu. En otros casos se describen otros síntomas pero no se llega a nombrar la enfermedad: «mi muchachito se me fue poniendo flaquito, sequito en la cara, el cuerpo, las piernas, los pies, después se murió del mal de ojo». (AA).

En algunas oportunidades la enfermedad se nombra, en español: «el niño está desnutrido», dentro de la definición que hace el sistema biomédico; mas sin embargo, no se la asume ni se la reconoce personalmente ni por el grupo familiar: «Es mentira lo que dice el médico que mi hijo está desnutrido, él está bien, me lo ha dicho el piache que tengo que llevárselo para que lo cure». (OC).

Además de los síntomas de la enfermedad, señalados en el párrafo anterior, se reconocen otros: «estaba con la mirada perdida, acostado en el chinchorro» (MG), o «los vecinos creían que era retrasado mental, porque no se movía, estaba amarillo, y jamás sonreía» (MA). O bien: «tenía la postura característica de los desnutridos, de brazos abiertos, como clamando ayuda» (AR) o «estaba flaquito, pero duro mucho tiempo así» (MC). Otros síntomas reconocidos los describieron así otros de nuestros informantes: «tenía la piel pegada al hueso, no quería comer»; «después de eso el niño no quedo bien, las manitas y las piernitas las tenía encogida, no caminaba, después que se trajo del hospital mi hermana y yo lo poníamos en una ponchera con bastantes almohadas ahí le dábamos el tetero como un bebé» (HM).

Sin embargo, entre las personas entrevistadas, quienes han tenido más contacto con los centros de salud reconocen la presencia de la enfermedad, como bien señala una de las madres entrevistadas: «un niño estaba bien flaquito, desnutrido y tiene como cinco o seis años, se iba a morir, los mismos médicos se lo querían llevar. Pero al médico lo cambiaron, pero hasta vino la encargada de nutrición de Paraguai-poa a ver el muchachito y trató de convencerlos, pero no pudieron

con la familia, el marido había amenazado a la mujer que si le pasaba algo al niño la iba a mandar presa...» (EM). Hay muchas presiones familiares y asistenciales que dificultan tomar la decisión de permanecer en uno u otro sistema médico, en este caso el biomédico, lo que se interpreta como resistencia hacia el mismo.

### *La percepción por parte del personal médico y paramédico*

El personal médico y paramédico señala la resistencia de los wayuu a someter al niño a tratamiento para recuperarlo del estado de desnutrición. Aun cuando, en casos graves, cuando se requiere de la hospitalización, en muchos casos la familia se resiste a dejarlo hospitalizado y es reacia a someterse a las normativas del centro hospitalario; de igual manera, se han dado casos de amenazas con aplicación de las normativas consuetudinarias a los profesionales de la salud si el niño se muere o tiene alguna gravedad. La norma consuetudinaria wayuu establece la indemnización a la familia por la muerte de uno de los miembros, en este caso del niño: «La familia de Juan ya advirtió que si el niño fallece, nos cobrarán dinero, y de negarnos, nos cobrarían con sangre, por la ley guajira» (MA).

Los médicos y paramédicos hacen referencias a estos hechos: «recibir amenazas de muerte a causa del fallecimiento de un niño desnutrido». Ante estos casos se solicita el apoyo y medidas de protección por parte del Consejo Municipal de Protección del Niño y del Adolescente y con funcionarios policiales para que la familia deje hospitalizado al niño. Ante la negativa de la familia, las amenazas se cruzan de parte a parte pues la institución amedrenta igualmente a los familiares, tal como muestra el siguiente testimonio: «para lograr que lo dejaran apelamos a una medida de protección y les advertimos que el artículo 270 de la LOPNA<sup>3</sup> contempla prisión de seis a dos años, para quien incumpla la acción de la medida» (MA).

Pese a la existencia en la Guajira de la Unidad de Recuperación Nutricional Nawalayuu Wayuu 'Antonio María', una de las abogadas de dicha institución, que es a su vez consejera del Órgano de Protección de los Niños y Adolescentes Indígenas, afirma: «las madres no acuden

3 Ley de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA).

a él para ser beneficiarias del programa, hay que ir hasta con la policía para sacar a los niños y asistirlos con el programa, porque de lo contrario seguro van a fallecer» (DA).

Otro problema es el desconocimiento de la otra cultura por parte de los agentes biomédicos; en consecuencia, no hay posibilidad de un diálogo intercultural fructífero. Es así que en el caso anteriormente descrito, dicha institución sanitaria que funciona en territorio wayuu y atendida por profesionales wayuu, no ha constituido una garantía para mejorar las condiciones de salud de los niños wayuu.

Bien es cierto que, entre los médicos entrevistados, aparecieron relatos de experiencias en las que se vislumbraban esfuerzos por establecer una interacción médico-paciente más fluida, tomando en consideración el factor cultural; muchos de ellos conocen las diversas representaciones de la enfermedad que existe en la cultura wayuu: «al wayuu lo defino como una persona que.... muy arraigada a sus familiares muy arraigada a su cultura, ellos defienden a su familia, a su raza, a su casta como dicen acá, hasta inclusive hasta la muerte, con su vida, defienden, ellos son muy fieles en ese aspecto y cuando existe algún problema alguna complicación toda la familia se reúne, todos se reúnen, este, para mí siempre he estado desde pequeño con gente wayuu y me han parecido sobre todo muy serviciales, ellos, si van a una casa ellos nos brindan chinchorro, comida, lo atienden a uno muy bien, o sea, la única parte que no me gusta del wayuu es todavía el cobro que hacen a las mujeres cuando se van a casar o algún cobro por alguna falta, o sea, que ellos por ejemplo si cometen alguna falta le dice alguna palabra de pronto no sea para uno una palabra ofensiva para ellos sí, entonces ellos realizan algún cobro» (WS). A pesar del conocimiento de aspectos de la cultura de los wayuu, hay aspectos con los que no se está necesariamente de acuerdo, en este caso con la indemnización que obliga a compensar las faltas contra la vida, daños, perjuicio, etc., según lo establecido en el sistema de normas consuetudinarias wayuu. Entonces, en las redefiniciones actuales de la cultura wayuu la compensación por diversas faltas abarca tanto a indígenas como a no indígenas.

*El tratamiento de la enfermedad*

Desde su sistema interpretativo, este tipo de enfermedades «se curaría con el mismo agente que la originó». Si la persona fue contaminada por un mono, el tratamiento consistirá en darle al niño la comida dejada por el mono o, en muchos casos, se mata al animal y se baña al niño con el hervido del mismo, y/o se le da a ingerir al niño una sopa con los restos del animal. Existiría claramente un principio de homología: lo igual cura lo igual (*similis similibus curantur*). En este sentido, al realizar la terapéutica se neutraliza el poder perjudicial. Si el animal muere se utiliza como remedio para curar al niño, se coloca voluntariamente en contacto con el enfermo y, según los wayuu, «se cura, siempre y cuando se identifique correctamente al animal y/o agente que causó la enfermedad».

Sin embargo, en el medio urbano no se acude a la cultura de origen en primera instancia, sino que se busca ayuda primero en el sistema biomédico, porque es el más económico y está al alcance. Sin embargo, como consecuencia de la no asunción de la enfermedad, la negación constante de dejar al menor afectado hospitalizado, las amenazas a los especialistas con la aplicación de las prácticas consuetudinarias, la recurrencia a otros sistemas curativos diferentes del biomédico, la pobreza y los malos hábitos alimentarios no permiten que la desnutrición se subsane. Una de las especialistas del sistema biomédico hace referencia a la situación: «el papá de Alejandra había soñado que para sanarse debía comer el alimento de un mono. Entonces, como los sueños son predicciones para los wayuu, el papá acudió a un piache para que interpretara su sueño y le recomendó que le llevaran el alimento a un mono y lo que dejara se lo dieran a la niña. Su estómago no estaba preparado para algo tan pesado y murió. De casos como esos estamos llenos» (MA).

También el personal médico de los ambulatorios toca el mismo tema: «Nosotros aceptamos, lo que yo veo es que ellos encierran al niño en un cuarto, no permiten la visita de nadie sino que solamente la mamá es que lo atiende y le da solamente chicha<sup>4</sup>, o sea, la alimentación de ellos aquí a base de chicha, o sea, le quitan todo tipo de

<sup>4</sup> Bebida elaborada a base de maíz.

alimentación que prácticamente la chicha no alimenta nada sino que engorda pero no produce un tipo de alimentación, sobre todo en un paciente desnutrido y con diarrea también...yo no comparto el hecho de que se le deba retirar su alimentación completa...ellos algunas veces este...usan plantas medicinales, algunas «tomas», inclusive algunas han funcionado, en lo que no estoy de acuerdo es precisamente en lo que acabo de mencionar, que encierran a los pacientes y descuidan su alimentación solamente a base de chicha, que le quita todos sus nutrientes, todas sus vitaminas...» (WS).

Otro testimonio señala: «...ellos tienden mucho, si cuando se enferma alguna persona, atribuirle que eso fue mal de ojo. El diagnóstico de ellos primordial es algún mal de ojo, eso fue un mal de ojo, y ellos dicen 'eso no lo cura un médico, así lo trate un médico eso se muere', ellos creen que un mal de ojo, ya eso es grave y para ellos eso es la muerte y, este, deciden y se llevan al paciente y aún estando el paciente en vida ellos empiezan a hacer los preparativos para el velorio, empiezan a hacer sus enramadas, traen sus chivos, sus ganados y hacen todos los preparativos porque dicen de que el paciente ya no tiene salvación, entonces en quizás ese particular esté como no muy de acuerdo» (WS).

Ahora bien, en el modelo curativo wayuu las especialistas<sup>5</sup> conocen los nombres de las plantas y para qué sirven. Ellas mismas procesan las medicinas y conocen los usos y propiedades de las plantas, así como el modo de utilizarlas en niños y adultos. Una de las especialistas entrevistadas afirma que el «espíritu que los cuidan las plantas, salen en forma de culebras, llevar trapo rojo para recolectar medicina, pedirle permiso para cortar una rama, permiso a la mata para que haga efecto, para que cure» (IM). En dicho sistema se utilizan algunos remedios para curar el cuerpo del niño «que está delgado y desnutrido», tales como *Kasuo`u*, *Jawaapia* (*Melochia* cf. *M. Crenata* Vahl.)<sup>6</sup>, con el fin de «enriquecer la sangre» y como reconstituyente. También se emplearía contra hemorragias y diarreas. El *Kalekai-Cotorra* (fami-

5 La mayoría de las especialistas en medicina wayuu son mujeres; ellas mismas elaboran, procesan y venden las hierbas en los mercados principales de las zonas urbanas.

6 Se muelen las raíces para luego hervirlas, se toman. Las hojas se trituran y se hierven, luego se toman

lia *Capparidaceae*)<sup>7</sup> y el *Keraapü* (*Croton lobatus* L.)<sup>8</sup>, que se utilizan para los niños con «mal de ojo» y «para el sudor frío de los niños». Finalmente, la *Pali`ise-Bija*<sup>9</sup>, que «se le da al niño recién nacido para la piel y para limpiar el estómago de flema, para protegerlo del mal de ojo» (MI).

En la concepción del cuerpo que los wayuu tienen, el niño nace con su cuerpo frágil, «*irrukü*», no tiene *aa`in* o «alma» completa; por ello no es considerado por los wayuu como un ser totalmente humanizado; como si el alma no se hubiese asentado definitivamente en el cuerpo. Algunos autores afirman que «el alma de los niños no está aún ‘aglutinada’ o ‘coagulada’» hasta después de los cinco años; es entonces cuando se hace fuerte y no es presa fácil de enfermedades (Perrin, 1982:12). Entonces el alma o *aa`in* es una partícula que se desarrolla y fortalece en la medida en que el niño crece. La fragilidad del niño es la explicación dada por el wayuu a la mortalidad infantil. Para cuidarlo de la enfermedad *apülainwaa*, *pulauwaa* o *pulajüwaa* se le da a tomar la medicina de los wayuu, práctica generalizada en mujeres tanto del medio urbano como rural. A pesar del desconocimiento de los nombres de las mismas, la familia tiene las referencias de las medicinas wayuu que previenen enfermedades en los niños. «Mi hijo hasta ahora no se ha enfermado, no está *pulajüin*, porque se lo toma siempre (medicina), ahora se lo está tomando, cuando se acaba, se compra de nuevo» (OG). Otra de las madres afirma que los beneficios de tomar la medicina wayuu llamada Paliise al nacer consisten en «para que no se enferme de *pülawaa* y para que tenga la piel bonita, si es niño o niña, no importa, se le pone la piel bonita y suave como una *majayüt* (señorita)» (LG). Estas últimas indicaciones demuestran que las madres recurren a la medicina wayuu como prevención.

### *A manera de conclusión*

En el medio urbano los miembros del grupo wayuu tienen diversas opciones para resolver las enfermedades en la niñez; aunque su

7 Las hojas se hierven y con esa agua se soba al niño en todo el cuerpo.

8 Las hojas se dejan secar al sol por varios días, y luego se trituran. Su aplicación es directa. Ya elaboradas en forma de «palito»

9 Son una hojas rojas color vino tinto, se procesa en la Guajira.

sistema curativo ha tenido modificaciones siempre se convierte en una opción a la que acudir. El sistema curativo wayuu en el medio urbano se recrea y redefine en el marco de su sistema de creencias, en las que cambian algunas cosas y otras permanecen; se trata de dar solución a los problemas de niños que padecen desnutrición y otras enfermedades.

Esto se debería, en parte, a que la enfermedad es reconocida y tratada dentro del sistema curativo *wayuu*, que en muchos casos esta enfermedad es reconocida como *apülainwaa* y necesita ser curada por su sistema curativo; no obstante, dependiendo de sus recursos económicos y de la información, acudirá a una de las opciones que le permitan restituir la salud del niño. En el medio urbano el wayuu acude tanto al sistema biomédico como a lo que es mas cercano de su cultura, como el culto a María Lionza. Muchas de las mujeres acuden al sistema biomédico pero siempre dudando del diagnóstico y creyendo que lo pueden solventar en su propio modelo curativo. De igual modo, hemos podido observar la constante (salvo cinco personas que sí lo hacen) de que no se reconozca la desnutrición, e incluso ni siquiera se la nombre, y ello a pesar de que en muchos casos tienen información sobre los riesgos (proporcionada por el sistema de salud pública). La desnutrición entre los wayuu es un padecimiento que no se interioriza como un problema de salud, ni se reconocen los riesgos que corren los niños. Esta es una situación que pone en evidencia la necesidad de elaborar un programa que tome en cuenta los factores culturales con el fin de abordar esa problemática con las madres para mejorar la atención a los niños afectados.

En todo caso, esta negativa de asunción de la desnutrición por parte de los *wayuu* no puede interpretarse como un descuido de las familias *wayuu*. Hay que evitar el continuar estigmatizando a los grupos étnicamente diferenciados, pues el personal de salud (incluyendo a personas del grupo étnico que trabajan como profesionales de la salud) suele recurrir a interpretaciones estigmatizadas de esta población. Es así que, ante un diagnóstico que pusiera en duda la responsabilidad de la madre para con el niño, la respuesta es de ira ante la medida de retención, ante la hospitalización. El personal biomédico también recurre a medidas de protección del niño para garantizar su posible recuperación aplicando, en algunos casos, la coacción e imposición, de tal manera que enfermedad y enfermo se convierten

en «el otro» monstruo, que es percibido desde la biomedicina como un individuo anormal dentro de la sociedad mayoritaria porque tiene «mal de ojo», y no desnutrición.

### *Bibliografía*

- Anuario de Estadísticas de Salud*. (1999). Estado Zulia.
- AUGÉ, M. y HERLIZLICH, Claudine (1984). *Le sens du mal. Antropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Edicions des archives contemporaines.
- Censo Indígena de Venezuela* (1992)
- XIII Censo de Población y Vivienda de Venezuela y Censo de las Comunidades Indígenas* (2001)
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús y GRACIA ARNÁIZ, Mabel (2005). *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Convención sobre los Derechos del Niño*. (1989).
- FAO (ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION). (2000). *Perfiles Nutricionales por Países - Venezuela*. Roma.
- GARCÍA GAVIDIA, Nelly; PAZ REVEROL, Carmen Laura; DÍAZ QUINTERO, Rosalyn. (2008). «Representaciones de la tuberculosis en un grupo de wayuu urbanos». Ponencia presentada en: *II Congreso Latinoamericano de Antropología*, Costa Rica.
- HIDALGO, Glida. «Costumbres nutricionales y cambios en el patrón cultural en las comunidades hiwi y wothíha». En: CHIAPPINO, J. y ALES, C. *Del microscopio a la maraca*. Caracas, Editorial Ex Libris.
- MANRIQUE, Manuel *et alii* (2004). *Por una niñez bien nutrida: comunicación para la acción. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, Unicef.
- MESSER, Ellen (2006). «Globalización y dieta: significados, cultura y consecuencias en la nutrición». En: BERTRAN, M. y ARROYO, P. *Antropología y Nutrición*. Mexico DF
- PAZ REVEROL, Carmen Laura (2007). *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. Maracaibo, Vicerrectorado académico de la Universidad del Zulia.

- PERRIN, Michel (1982). *Antropólogos y Médicos frente al Arte Guajiro de curar*. Caracas: Corpozulia. Maracaibo. Universidad Católica Andrés Bello. Centro de Lenguas Indígenas.
- RAMOS, Norma (1996). «Cambio o reproducción sociocultural en la familia. Aspectos de la alimentación del escolar en una zona urbana-marginal». En: *Dimensión Antropológica*, Nro. 7.
- STAVENHAGEN, Rodolfo (1998). «Consideraciones sobre la pobreza en América Latina». En: *Estudios Sociológicos*, XVI:46.
- UNICEF. (2002). Estado Mundial de la Infancia.
- UNICEF. (2006). Estado Mundial de la Infancia.



## LA VIVENCIA DEL CAMBIO ALIMENTARIO EN LA MIGRACIÓN

Elena Espeitx  
Universidad de Zaragoza  
Campus de Teruel  
Travessera de Gràcia, n° 264, entresol 1ª  
08025-Barcelona  
eespeitx@unizar.es

*Resumen: En este artículo se presentan algunas de las observaciones realizadas —y reflexiones surgidas a su calor— en el marco de dos estudios que llevamos a cabo en Cataluña, el primero durante el periodo 2003-2005 y el segundo el año 2007, sobre el impacto de la migración en los comportamientos alimentarios. Aunque ésta adquiere numerosas manifestaciones y consecuencias, aquí nos centraremos exclusivamente en el mantenimiento —o abandono— del consumo de platos y productos considerados «propios» del país de origen.*

*Palabras clave: alimentación, migración, precariedad económica.*

*Abstract: This paper presents some observations about the impact of migration over food behaviors realized in two studies developed in Catalonia during 2003-2005 and 2007. We analyze the dichotomy between feast and work context in order to study changes and continuities and the role that own products and dishes play in «food adaptation».*

*Keywords: words: food, migration, scarcity.*

### *Presentación*

En este artículo presentamos algunos resultados preliminares sobre el impacto de la migración en los comportamientos alimentarios tra-

tados en dos estudios realizados en Cataluña durante 2003-2005, el primero, y en el 2007 el segundo. El primer estudio se centró en personas que provenían de Marruecos, Ecuador y Senegal, y en el segundo se incluyó también a personas de Colombia, Perú, China, Pakistán y Filipinas. Nos centraremos solo en una parte de los resultados obtenidos, los relacionados con la vivencia del cambio alimentario en la migración.

La migración, sean cuales sean las causas que la originen y las condiciones en que se produzca, supone cambios, modificaciones más o menos profundas, superficiales o radicales, en los comportamientos alimentarios. Desde el mismo momento de la llegada, y a lo largo del tiempo de residencia en otro país, se produce un proceso de adaptación, de acomodación de las pautas alimentarias adquiridas en su país de origen a la nueva situación. Pero el carácter de estos cambios y de esta adaptación, su impacto en el bienestar físico y psicológico de los protagonistas de la migración, es altamente tributario de las circunstancias que la envuelven. A nadie se le escapa que no es lo mismo encontrarse en situación ilegal —sin papeles—, sin trabajo o con trabajos precarios, mal pagados y con horarios interminables, que tener una situación laboral más o menos estable y satisfactoria. Tampoco es lo mismo, desde ninguna perspectiva pero muy en particular por lo que respecta a la alimentación, llegar solo que instalarse en el nuevo país con otros miembros de la familia, convivir con la familia nuclear, con la familia extensa o compartir piso con otras personas. La existencia en la sociedad de llegada de una red social, de compatriotas instalados previamente, marca también una clara diferencia, y muy en particular la calidad y la densidad de esta red. Las circunstancias personales, como haber dejado en origen la pareja y/o los hijos, las expectativas y los proyectos que configuran el proyecto migratorio, el conocimiento del idioma y los recursos de los que se dispone para gestionar la nueva situación, son otros tantos factores que condicionarán las formas de comer, y que contribuirán a que éstas sean fuente de satisfacción y placer o de malestar, e incluso de sufrimiento.

Son diversas las variables que intervienen y que contribuyen a que la alimentación sea «saludable», tanto física como psicológicamente, o que sea desequilibrada, que afecte negativamente la salud, también física y psicológica. Por esta razón, aunque a continuación se describan en términos generales algunas tendencias evidentes relati-

vas a permanencias y cambios, debe tenerse muy presente que tras éstas se ocultan situaciones muy diversas.

### *Alimentación cotidiana y alimentación festiva*

A pesar de estas diferencias, nada triviales, también se detectan algunos elementos comunes, compartidos por buena parte de los recién llegados. Algunas de estas tendencias comunes son equivalentes, en muchos sentidos, a prácticas habituales en la población autóctona, mientras que otras son más específicas del proceso migratorio. Así, por ejemplo, se detecta en todos los colectivos estudiados una muy alta presencia de pautas alimentarias diferenciadas entre los días laborales y los días festivos, situación también frecuente entre personas no migradas. Parece habitual que platos «propios», en general más elaborados, más exigentes en tiempo de preparación, se reserven para las comidas del fin de semana y otros festivos, con el argumento de que se dispone de más tiempo para cocinar. Pero no es éste el único factor a considerar, quizás ni tan solo sea el más importante. La clave reside en la comensalidad, en comer en compañía, con la familia, con los amigos, sin prisas, sin presiones por los horarios laborales o las diferentes ocupaciones que condicionan el uso del tiempo durante la semana. Se observa que, cuando no se produce esta comensalidad; cuando, por diferentes razones, las comidas de los días festivos se realizan en solitario, no se suele recurrir a platos propios que exijan una cierta elaboración, aunque se disponga de tiempo más que suficiente para hacerlo.

Debe también tenerse en cuenta que algunos platos solo se consumen los días festivos, no solamente por lo laborioso de su preparación, y por que resulten más placenteros en un contexto comensal y festivo, sino también porque se considera que llenan en exceso, que resultan demasiado pesados para ir a trabajar después. Los platos «propios», que además de ser exigentes en tiempo de preparación contienen también ingredientes caros, se reservan para las grandes celebraciones, para las ocasiones especiales. Son marcadores de excepcionalidad y se perciben y utilizan como tales, como se expondrá más adelante.

Ahora bien, más allá de esta dicotomía entre festivo y laborable, muy extendida en el conjunto de la población, en el caso de las per-

sonas migradas debe tenerse también en cuenta el papel que desempeñan los platos y productos considerados «propios», en oposición a la comida «autóctona», en la dualidad festivo/laborable. Desde esta perspectiva se observan diferencias notables en el proceso de adaptación al nuevo escenario. Así, se constata que personas instaladas en Cataluña desde bastantes años atrás —más de diez— conservan en gran medida las pautas alimentarias de origen, no solo los días festivos sino también buena parte de los días laborables, mientras que otros reservan la cocina considerada «propia», la aprendida en el país de origen, para los fines de semana y otras festividades, mientras que a lo largo de la semana introducen muy a menudo productos y preparaciones que se consideran más característicos de la sociedad de llegada. Otros alternan a lo largo de la semana la cocina propia con la local, en función de diferentes factores, como la rapidez y facilidad de la preparación, o el hecho de tener que comer fuera de casa por motivos laborales, en cantinas en su lugar de trabajo o en restaurantes de menú. Así, algunos informantes explican que al mediodía comen «comida local» —aunque a veces se trata simplemente de bocadillos— pero que a la hora de cenar, cuando disponen de más tiempo y se come en familia, vuelven a los platos y productos propios, los que han aprendido a preferir y valorar.

A menudo, el espacio doméstico es el que se reserva para los platos propios, fuera del cual prevalece la cocina local. En algunos casos es, precisamente, en este espacio extradoméstico donde se pasa más tiempo, situación frecuente entre las mujeres que trabajan en el servicio doméstico, sobre todo las que lo hacen en condición de internas. Cuando comen en las casas donde trabajan —una parte muy importante de todas sus comidas— siguen las pautas alimentarias «locales»; cuando comen en su casa acostumbran a mantener, al menos parcialmente, las pautas consideradas «propias», sobre todo si viven con el marido o los hijos.

En algunos casos se observa una modificación profunda de las pautas adquiridas en la primera socialización, con la adopción de platos, productos y formas de comer propias de la sociedad de llegada. Éste era el caso de una de nuestras informantes pakistaníes. Había llegado a Barcelona siendo adolescente, y mientras vivió con sus padres y sus hermanos siguió comiendo «a la pakistaní», según sus propias palabras. Pero más tarde, al empezar a trabajar como mediadora cultu-

ral, se había ido a vivir con otras compañeras de trabajo, jóvenes como ella. Las pautas que prevalecen en su nuevo hogar son parecidas a las de cualquier piso compartido por jóvenes «autóctonos» de su misma edad. También, como sucede a menudo en estas situaciones, en el congelador guarda platos preparados por su madre para ella. No supone esto ninguna diferencia con sus compañeras de piso: todas reciben ayuda culinaria de sus madres, y en todos los casos se trata de platos elaborados que ellas ni saben ni están dispuestas a preparar, aunque les gusten, por lo laboriosos. La única diferencia es que, en el caso de nuestra informante, los platos son pakistaníes, pero los comparte con sus compañeras, que también los aprecian, del mismo modo que ella come los platos catalanes preparados por las madres de sus amigas.

Otra de nuestras informantes, una mujer ecuatoriana de 40 años que vivía con su hija de 20 años y su hijo de 15, había adoptado hacía tiempo un «estilo alimentario» muy parecido al de otras mujeres «autóctonas» de su edad. Tanto a ella como a su hija les preocupaba el control de peso y disponían de poco tiempo para cocinar, por lo que optaban a menudo por las ensaladas, las verduras cocidas, la carne a la plancha, las tortillas, los yogures y la fruta. La presencia del hijo menor forzaba la introducción frecuente de platos de pasta, de pizza y de hamburguesas los fines de semana. Aunque tanto esta mujer como su hija apreciaban mucho la comida de su país —el hijo adolescente expresaba una mayor preferencia por la cocina autóctona, ya que desde pequeño había comido en el comedor escolar—, no solían prepararla, y aducían dos motivos para no hacerlo: les parecía más «engordante» y resultaba más laboriosa su elaboración. Solo comían platos propios cuando iban a comer a casa de familiares y amigos, de compatriotas que también residían en Barcelona, o cuando, de vez en cuando, acudían a algún restaurante ecuatoriano, en ocasión de alguna celebración.

En algunos casos —y esto se ha observado a menudo en familias marroquíes— los padres conservan sus pautas alimentarias, mientras que los hijos adoptan otras mucho más cercanas a las «autóctonas», generándose así un modelo distinto entre padres e hijos. Las diferencias no afectan solo a los propios platos —los padres comen *tagine*, los hijos espaguetis, por ejemplo— sino que también se producen otras diferencias, como por ejemplo que los padres coman de la misma fuente común, puesta en el centro de la mesa, y los hijos en platos individuales.

*Algunos factores clave*

Para analizar estos diferentes itinerarios de acomodación al nuevo escenario, de combinación de platos y productos de la sociedad de origen y de platos y productos de la sociedad de acogida, deben tenerse en cuenta una serie de factores clave que contribuyen a explicarlos:

- La estructura del hogar.
- Las competencias culinarias que se tenían antes de llegar.
- La edad que se tenía a la llegada.
- El hecho de trabajar o no fuera del hogar, que la persona responsable de la alimentación trabaje o no fuera del hogar.

Nos referiremos en primer lugar a la estructura del hogar, ya que es éste un factor que incide siempre en los comportamientos alimentarios. Como se ha apuntado anteriormente, el hecho de vivir en familia —tanto nuclear como extensa— y de que exista una persona responsable de la alimentación familiar —la madre o la abuela, por lo general— con competencias culinarias adquiridas previamente, en la sociedad de origen, constituye un elemento clave en el mantenimiento más o menos intenso de las pautas anteriores. Aunque siempre se producen algunos cambios, suelen ser superficiales. Las personas que se encuentran en esta circunstancia, aunque admiten que las cosas son en cierto modo distintas, ponen un mayor énfasis en las permanencias, en las continuidades. En cambio, las personas que viven «solas» —aunque convivan con otras personas, con las que comparten piso y gastos— manifiestan haber vivido cambios mucho más profundos en este sentido. Y esto se explica sobre todo por las diferencias que supone cocinar solamente para uno mismo en lugar de hacerlo para todos los miembros de la familia. Esta situación la han descrito sobre todo mujeres latinoamericanas, que, aunque saben cocinar y aprecian la cocina propia, sufren las consecuencias de la desmotivación que produce la soledad, muy en particular cuando esta soledad se ve agravada por las dificultades económicas. Algunas de nuestras informantes explicaban que al llegar a nuestro país, y durante todo el tiempo que estuvieron aquí solas, su alimentación se había desestructurado profundamente, y solían recurrir a comer «cualquier cosa» que no exigiera elaboración. Pero también coincidían en afirmar que la llegada de los hijos, cuando se producía la tan deseada reunificación familiar, había vuelto a modificar la situación, y habían retomado la

forma de cocinar aprendida, si no del todo —siempre se produce algún tipo de cambio—, sí en gran medida.

Otro factor que se ha demostrado determinante es el hecho de haber adquirido competencias culinarias o no antes de iniciar el proceso migratorio. La mayor parte de mujeres —salvo las más jóvenes— sabían cocinar en su país de origen, y seguían aplicando estos conocimientos y habilidades después de su llegada a Cataluña. Condición muy distinta era la de la mayor parte de hombres, que no habían sido nunca antes responsables de su alimentación. Esta es una situación frecuente en hombres marroquíes, pakistaníes, senegaleses y gambiaños, que suelen ser también cabeza de migración y que, por lo tanto, pueden pasar muchos años solos en nuestro país, habiendo dejado su familia en el país de origen. Esta falta de competencias culinarias dificulta en gran medida una acomodación alimentaria «suave», que se perciba como sin complicaciones. Por un lado, desean mantener las pautas a las que están acostumbrados, y que han aprendido a apreciar y a preferir; por el otro, la falta de conocimientos y habilidades —a lo que se añade a menudo la falta de tiempo y la escasez de recursos económicos— hace que opten por preparaciones más simples, pero que consideran menos satisfactorias. A base de intercambio de información con las madres o las mujeres, la mayor parte ha ido adquiriendo las habilidades precisas para reproducir algunos de sus platos, pero en general el inventario suele ser reducido, lo que les hace caer en la repetición, en la tan indeseable monotonía, por lo que su percepción de la acomodación alimentaria suele ser más insatisfactoria. Estas carencias las perciben con particular acuidad en los momentos del año en que la alimentación adquiere un mayor protagonismo: las celebraciones señaladas. Una parte de nuestros informantes han apuntado que se producen intercambios con compatriotas en estos momentos. En general, mujeres de los respectivos países preparan los platos y productos más emblemáticos de estas celebraciones y los proporcionan a los hombres que viven «solos» —es decir, que no viven en familia, aunque compartan piso con otros hombres—. Puede tratarse de simples dádivas, cuando median relaciones familiares o de amistad, o de comercio: las mujeres venden directamente a los hombres los platos y productos, o lo hacen a través de un establecimiento étnico, que hace de intermediario.

Por lo que respecta a la edad de llegada, a los que llegaron a Cataluña siendo más jóvenes —cuando eran niños o adolescentes— les resulta más fácil alternar las pautas alimentarias del país de origen con las de la sociedad de llegada, sobre todo si, al llegar, han sido escolarizados y han comido habitualmente en el colegio. Además, los hijos menores juegan un papel clave en la introducción en el hogar de productos y platos que no formaban parte del inventario familiar, y que sustituyen, a menudo, platos propios muy apreciados por los padres y que los hijos rechazan. Como se ha dicho anteriormente, esto da lugar en muchos casos al doble menú. En otras ocasiones, los platos que se introducen por la vía de las preferencias de los hijos acaban formando parte del inventario alimentario de toda la familia, y resultan apetecibles a todos sus miembros. En cambio, los que han llegado siendo ya adultos muestran una mayor preferencia por mantener los hábitos adquiridos, aunque el que esta preferencia se llegue a concretar depende, como se ha comentado, de otros factores como la estructura del hogar.

El último factor al que nos vamos a referir es el hecho de que la persona responsable de la alimentación trabaje fuera de casa o no. En primer lugar, porque trabajar fuera de casa supone disponer de menos tiempo para dedicarse a las tareas culinarias. Al ser, en términos generales, más exigente en tiempo la cocina del país de origen que las pautas alimentarias locales que se suelen adoptar en primera instancia, la introducción de éstas se ve reforzada. En segundo lugar, porque trabajar fuera de casa supone, en muchos casos, no desplazarse al domicilio para el almuerzo, y esto contribuye a la integración —más o menos parcial— de las pautas locales, ya que en esos días laborables suelen frecuentarse los establecimientos donde se sirven menús. En este sentido, se ha observado que a menudo se construye la percepción de la cocina local a partir de estos menús, que se erigen como el máximo exponente de las pautas alimentarias locales y el referente básico —o exclusivo— a partir del cual se valoran. También el ámbito laboral es, en determinadas circunstancias, un espacio de convivencia alimentaria con la población «autóctona», situación que a veces se vive con dificultad, sobre todo al principio, pero que otros perciben como bastante fácil, o como mínimo no excesivamente complicada. También la convivencia, en el lugar de trabajo o en el mismo hogar, con personas «autóctonas» o de otros países, favorece esta introducción y la

construcción de pautas alimentarias sincréticas, en las que platos de diferentes «orígenes» se combinan sin excesivo conflicto aparente.

Ahora bien, para que esta combinación de estilos alimentarios no resulte difícil suele ser necesario que se mantengan algunos elementos básicos. Así, para la mayor parte de los colectivos estudiados el consumo cotidiano de arroz es uno de estos elementos clave, y modificar este hábito puede vivirse como una pérdida. Otro elemento que aparece resistente al cambio es el hábito de preparar los alimentos muy condimentados, picantes. Estar habituado a estos sabores intensos hace que se perciba la cocina local como poco sabrosa, insípida, y, por tanto, poco atractiva, y esto obstaculiza la adopción de platos locales. Y es que los hábitos alimentarios suelen estar muy integrados en la cotidianidad, y no se modifican fácilmente de un día para otro; muy en particular los elementos axiales de estos hábitos. Se pueden introducir fácilmente numerosas modificaciones —y se introducen— siempre que se conserven más o menos intactos estos elementos, a los que se está profundamente acostumbrado y que se echan intensamente en falta si no se pueden conservar. Su mantenimiento suaviza las transformaciones, contribuye a que éstas se minimicen y que la percepción de continuidad con las pautas alimentarias anteriores sea mayor.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que una parte de los entrevistados pone un énfasis superior en las permanencias que en los cambios, afirmando que su alimentación se ha modificado poco —o nada— con la migración. Para algunos, mantener las propias costumbres alimentarias adquiere un cierto tono reivindicativo, de conservación de algo que se percibe como un rasgo cultural identificador, en cierta medida identitario. Se ha observado que para aquellos que la llegada a nuestro país ha sido más difícil, más complicada, y que han percibido un rechazo más o menos explícito por parte de la población local, la alimentación como símbolo identitario adquiere una mayor importancia, además de expresarse con mayor contundencia.

#### *La nostalgia de lo «propio» y la circulación de productos*

Sea cual sea el grado de mantenimiento de las propias pautas o de su modificación, incluso en el caso de que se haya producido una adaptación fluida a las pautas «autóctonas», el sentimiento de nostal-

gia alimentaria parece ser intenso y persistente en todos los casos. Los comportamientos alimentarios constituyen hábitos muy interiorizados, adquiridos en la infancia y reforzados a lo largo de los años y de las experiencias; convertidos en rutina, ya que forman parte del día a día, al mismo tiempo presentan un fuerte componente afectivo y relacional, ya que se construyen en el ámbito familiar y se consolidan en el marco de la comensalidad cotidiana y, muy en particular, la festiva. Los sabores y aromas que se ha aprendido a percibir como placenteros, y también los que se ha aprendido a percibir como desagradables, persisten como referentes intensos, incluso cuando el contexto se modifica sustancialmente, como sucede con la migración. Las emociones y los afectos vinculados a productos y platos actúan como potentes refuerzos de las preferencias. El recuerdo de con quién, cómo y cuándo se comía aquel producto, quién elaboraba para nosotros aquel plato porque sabía que nos gustaba, pervive y se revive en el consumo, sobre todo cuando está revestido de connotaciones afectivas y de relación social.

Por esta razón, la alimentación en la sociedad de llegada se valora a partir de estas referencias, y se mide, parcialmente, a partir de carencias. Esto hace que, a pesar de que la oferta alimentaria en la sociedad de llegada sea abundante y variada; a pesar de que cada vez resulte más fácil conseguir productos del país de origen, el flujo de alimentos desde la sociedad origen hacia la sociedad de llegada se mantiene constante. La importancia que adquiere este flujo no se debe tanto a su volumen —que es reducido en relación al conjunto de alimentos que se consumen habitualmente—, sino al valor simbólico y afectivo que adquieren.

Cuando hablamos de flujo de productos no nos referimos a los que proceden de la importación y se comercializan en la sociedad de llegada, sino a la circulación de alimentos que generan los mismos migrantes, que los traen consigo en sus desplazamientos. Los inmigrantes que llegaron a España en oleadas anteriores se encontraron con un escenario en el que solo podían consumir determinados productos, muy valorados y en algunos casos considerados axiales, si se traían personalmente del propio país o si se buscaban activamente alternativas en la sociedad de llegada. Éste era el caso de los inmigrantes que provenían de Marruecos, uno de los primeros colectivos que se instaló en nuestro país, que generaron sus propios circuitos para

abastecerse de carne «halal». Otros colectivos, como el chino, iban a buscar alimentos a otros países europeos, ya que en algunas ciudades, como Londres, constituían desde hacía tiempo comunidades numerosas y, por tanto, ya habían generado una amplia oferta destinada a satisfacer sus necesidades. Esta situación se ha modificado en gran medida y, en la actualidad, la oferta de productos originarios de los países de los principales colectivos de inmigrantes es notablemente amplia. En este sentido, los comercios llamados «étnicos» han desempeñado un papel central, aunque ahora se puedan encontrar este tipo de productos también en establecimientos «autóctonos». Pero aun así, el flujo de productos entre sociedad de origen y sociedad de llegada persiste.

Una parte de estos productos se adquiere en origen con el objetivo de consumirlos de vuelta a España, otros se producen en tierras que se poseen en el país de origen y otros son donaciones de los familiares. Con estas donaciones, por un lado se reducen las carencias percibidas en el abastecimiento de productos propios en la sociedad de llegada, y por otro se contribuye al mantenimiento de los vínculos relacionales y afectivos entre los migrantes y sus familiares: «mi madre manda picante, y algunas salsas... si viene algún amigo pakistaní, mi madre se lo da para que lo traiga. Nos manda las cosas más especiales. Se preocupa mucho que nos falten estas cosas, y siempre que viene alguien mi madre le da el paquete para nosotros.» (Mujer, 27 años, Pakistán). En las entrevistas se hace patente a menudo el sentido afectivo y relacional de estos envíos, muy en particular los que hacen las madres a sus hijas o hijos residentes en Cataluña. También debe tenerse en cuenta que las donaciones de alimentos en origen constituyen una forma de reciprocidad, en el sentido de compensar, de responder a los envíos de dinero y productos (vestido, calzado, material electrónico, etc.) que circulan en sentido inverso.

El volumen de productos y la frecuencia con la que éstos circulan varía según el colectivo de que se trate. A causa de la proximidad geográfica son los marroquíes los que más a menudo —con diferencia— se desplazan a su país. Este hecho, junto con la existencia de una red social densa en la sociedad de llegada, en el caso de Marruecos, favorece el mantenimiento de un flujo importante y constante. No es infrecuente, en este colectivo, que como mínimo un miembro de la familia, habitualmente el padre, se desplace a Marruecos diversas veces a lo largo del año, y que toda la familia lo haga durante las vacaciones

de verano. En cambio, los hispanoamericanos, los chinos y los filipinos vuelven, en el mejor de los casos, una vez al año a su país de origen, y a menudo pueden pasar de 3 a 5 años sin hacerlo, incluso en los casos en los que los hijos permanecen allá. Los senegaleses y gambianos ocupan un espacio intermedio, con una frecuencia de desplazamientos a origen en general superior a la de los hispanoamericanos, chinos y filipinos, pero inferior a la de los marroquíes. Por ello son estos últimos, como se ha dicho, los que manifiestan mantener un flujo mayor de productos: «Mi marido cada vez que va a Marruecos se trae la fruta, y la verdura. Dice que es más buena. Trae una caja de esas grandes, de tomates, de pimientos, rábanos, alcachofas... de todo. Berenjenas, patatas... y las cebollas traen unos manojos muy grandes, que van las cebollas pegaditas. Esto también le dura meses. Trae para tener reservas. Lo guardamos en la galería. Trae una caja de cada, y cuando se acaba, pues ya va al super. También se trae el aceite, litros de aceite. Y el té y las especias. ¡Y queso, claro!» (Mujer, 40 años, Marruecos).

De todas formas, la mayor distancia entre el lugar de origen y el de llegada puede disminuir el volumen y la frecuencia de la circulación de productos, pero no lo elimina del todo, ni mucho menos. Al contrario, se observa que sigue siendo destacada, aunque una parte de los informantes señala un endurecimiento de los controles sanitarios que puede frenarla. Los productos más susceptibles de incorporarse a este flujo son los que se valoran de manera muy particular. Aunque se puedan encontrar productos parecidos en Cataluña, aunque existan equivalentes casi exactos, se establece una diferencia entre unos y otros que convierte en altamente deseable obtenerlos en origen. La «calidad», un conjunto de atributos difíciles de definir pero que se perciben con acuidad, es superior, y los hace insustituibles. Esta calidad atribuida es altamente tributaria del hábito y de la familiaridad, de las preferencias construidas a partir de la experiencia a lo largo de la vida, y no es fácilmente reductible a criterios organolépticos objetivos, pero esto no la hace menos potente a la hora de preferir un producto u otro: «Hay dulces, que los dulces pakistaníes son muy buenos, y de estos sí que me traigo. Esto no lo encuentro en España... sí que hay, en las tiendas, pero el sabor no es igual. Es un poco diferente. Es como las paellas, que en Valencia las hacen mejor, y en Barcelona no es lo mismo. Pues igual, hacen, pero no es lo mismo.» (Mujer, 27 años, Pakistán).

Así, los productos preferidos varían en función de los diferentes colectivos, pero tienen en común el hecho de tratarse de alimentos considerados muy «propios» y diferenciados, con cualidades específicas. «Las setas son diferentes de aquí, muy diferentes, y diferentes de las de otras regiones de China, por tierra, por clima diferente...» (Mujer, 35 años, China). Los colombianos llevan café en la maleta, los marroquíes a menudo traen aceite de oliva y especias, los peruanos quesos, los pakistaníes dulces y condimentos, los chinos setas y pasteles, los ecuatorianos ají, condimento esencial que consideran difícilmente sustituible, y así un largo etcétera.

Otra manifestación de la fuerza de la costumbre y de la carga afectiva, en materia alimentaria, es el hecho de que cada vez que se vuelve al país de origen, de vacaciones, se quiere disfrutar de todos aquellos platos y productos que se ha añorado y en los que se piensa a menudo cuando se está lejos. Hasta tal punto que una parte de nuestros informantes manifiesta que aumenta considerablemente de peso después de cada estancia en el país de origen, o incluso llegan a enfermar, los primeros días, de tanto comer. Cuando los informantes hablan sobre la perspectiva de volver a su país, de vacaciones, platos, productos y situaciones de comensalidad aparecen como evocaciones potentes y vívidas. Se describe con fruición lo que se va a comer, se evoca con placer su sabor y su aroma, se espera con anhelo las comidas compartidas con familiares o con amigos. No se observan diferencias significativas entre colectivos, al tratarse de un fenómeno de amplio alcance, que va más allá de las características y de la idiosincrasia de cada cultura alimentaria.

Del mismo modo, se añoran intensamente, y se lamentan profundamente, las ocasiones perdidas y las ausencias. Entre las mujeres hispanoamericanas que han llegado solas a Cataluña, que a menudo han dejado a sus hijos en su país de origen, cada celebración a la que no se asiste, cada reunión alrededor de la mesa que se pierde, se vive con pesar, incluso con dolor. Las fechas señaladas, como Navidad o los cumpleaños de los hijos, marcadas normalmente por la alimentación festiva, suelen ser días de duelo para los que no pueden compartirlas con los suyos.

*Reflexiones finales*

A pesar de las añoranzas y de las carencias, si las condiciones laborales, legales y económicas son más o menos satisfactorias, la acomodación alimentaria se produce de forma satisfactoria, pero cuando estas condiciones son complicadas, difíciles o penosas, la alimentación se ve altamente afectada, con consecuencias percibidas como negativas por nuestros informantes, tanto sobre la salud como sobre el bienestar psicológico. No es este un fenómeno exclusivo de la migración, ni mucho menos. En un estudio realizado en Cataluña (Espeitx y Cáceres, 2004) sobre la alimentación de mujeres en situación de precariedad económica se pusieron de manifiesto los numerosos impactos de las inestabilidad laboral y las dificultades económicas en los comportamientos alimentarios. Desestructuración de horarios, desequilibrio nutricional, aumento o pérdida de peso —más frecuente lo primero en el caso de las mujeres—, ingesta compulsiva, disminución drástica del número de comidas al día y de su contenido, son algunas de sus manifestaciones. Ahora bien, aunque no se trate de un fenómeno específicamente vinculado a la migración, es un hecho que, lamentablemente, entre los migrantes resulta más frecuente que se acumulen todas estas circunstancias negativas, a las que se deben añadir las que les son más específicas: falta de papeles, desarraigo cultural, separación de la familia —y muy en particular de los hijos—, percepción de rechazo por parte de la población local, pérdida de estatus o de reconocimiento social, etc. Entre nuestros informantes, aquellos que habían vivido unas situaciones más complicadas narraban también una historia alimentaria problemática, que en determinados casos había dejado secuelas. La más evidente, sobre todo en el caso de las mujeres, en forma de un incremento de peso notable, que las había llevado a engrosar las estadísticas de la obesidad. Dos son los grandes factores que explican esta situación: las dificultades económicas como condicionantes directos y «objetivos», y la dimensión emocional de los comportamientos alimentarios. El desánimo, la angustia, la preocupación, la pérdida de autoestima son todos ellos factores que inciden negativamente en éstos, tanto en forma de sobreingesta como de pérdida de apetito. Un presupuesto exiguo, por otro lado, actúa en el sentido de reducir la variedad de alimentos que se consumen, y en el de reducir el peso de los productos más valorados, de los preferi-

dos. Ambos fenómenos: pérdida de variedad y menor presencia de lo que se prefiere, redundan en general en una disminución de la ingesta —la monotonía reduce la apetencia de comer— o en la sobreingesta de un abanico muy limitado de alimentos. A modo de ilustración, acabamos con las palabras de dos de nuestras informantes, que reflejan dos situaciones que, más que opuestas, pueden interpretarse como las dos caras de una misma moneda: «Durante el tiempo que estuve sin papeles y sin trabajo, pasaba con un paquete de pan de molde a la semana. Me comía dos o tres rebanadas al día, con agua» (Mujer, 43 años, ecuatoriana). «Cuando llegué, trabajé un año como interna. Me sentía tan sola, tan mal... Todo el día en la casa, trabajando, sin amigos, sin familia, en un sitio que no conocía, que no comprendía... Lloraba mucho, por las noches. Y comía mucho, así de golpe, me ponía a comer sin parar. ¡Engordé como 10 kilos!» (Mujer, peruana, 29 años).

### *Bibliografía*

- CÁCERES, J.; ESPEITX, E. (2006) *Cuines en migració*. Barcelona: Mediterrània.
- ESPEITX, E; CÁCERES, J. (2009) «Las dificultades de las mujeres inmigradas cabeza de familia monoparental», en Manuela CATALÀ, *Miradas y voces de la inmigración*, pp. 115-135 Barcelona: Ed. Montesinos.
- ESPEITX, E.; CÁCERES, J. (2009). *Percepció i anàlisi de la seguretat alimentària en persones immigrades a Catalunya*. Barcelona: Agència Catalana de la Seguretat Alimentària Genralitat de Catalunya.



ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE LA ALIMENTACIÓN  
DE LOS MIGRANTES: EL CASO DE LOS CUBANOS EN PARÍS

Giada Danesi

*École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Centre Edgar Morin (Paris)*

*Institut Paul Bocuse*

*Château du Vivier - BP 25*

*69131 Ecully (FR)*

*danesi.giada@gmail.com*

*Resumen. El objetivo de este artículo es presentar los aspectos más característicos relativos a las prácticas alimentarias y las representaciones sociales de la alimentación de los inmigrantes cubanos en París. Dos elementos me han parecido decisivos a la hora de caracterizar su alimentación en el contexto migratorio: el primero, la proveniencia de un país comunista, y el segundo, que los cubanos no tienen una comunidad de expatriación en Francia.*

*Palabras clave: alimentación, migración, identidad.*

*Abstract: This paper aims to show the specificities of eating practices and social representations of food among Cuban immigrants living in Paris. There are two elements, which seem to characterise and influence their alimentation in the migration context. First, they come from a communist country. Second, there is not an expatriation community in France.*

*Keywords: food, migration, identity.*

### *Introducción*

Este artículo constituye una reflexión sobre un estudio etnográfico, realizado en 2008, acerca de las prácticas alimentarias y las representaciones sociales de la alimentación de los inmigrantes cubanos que viven en París.

Este trabajo de campo tenía por objetivo estudiar la alimentación de un grupo de inmigrantes, es decir, comprender el sistema alimentario de los cubanos instalados en París y su interacción entre su sistema de origen y el de la sociedad de recepción, el de otros grupos étnicos y la modernidad alimentaria. La relación intercultural surgida de esta migración no es analizable solamente con el grado de asimilación al país de recepción. Hay que considerar influencias múltiples. No se trata simplemente de conocer la relación y la evolución de las tradiciones entre el país de origen y la modernidad del país de migración, sino también de analizar una serie de dinámicas de la alimentación de manera más global, del encuentro y de la sociedad de procedencia de este grupo de inmigrantes. Lo que más me interesa son los fenómenos estimulados por la convergencia entre varios sistemas alimentarios y las particularidades de la población de la que se trata.

El cubano se caracteriza por provenir de un país comunista y por tener una identidad mestiza, cuyos valores también han empapado su cocina. Por su parte, Francia se beneficia de la notoriedad internacional de su gastronomía y, además, posee una composición intercultural importante. Además, Francia constituye para los cubanos su primer encuentro con una economía de mercado.

La elección del estudio de la alimentación y no de otros asuntos que competen a este grupo de inmigrantes se debió a porque es un asunto concreto y constituye una preocupación constante y diaria. Ciertamente, la alimentación se caracteriza por ser portadora de significaciones culturales, religiosas y sociales, es decir, que ocupa un lugar extremadamente importante tanto en el ámbito individual como social: comer es un hecho físico y biológico, pero también un hecho social y cultural. Por lo tanto, el estudio de la alimentación permite integrar las ciencias humanas y las ciencias «duras», como Edgar Morin (1973) lo afirmó, rompiendo así su tradicional separación e insertándola en la tradición *maussiana*, lo que permite que la alimentación se estudie como un «hecho social total» (Fischler, 1979 y 1990; Poulain, 2002; Contreras Hernández y Gracia Arnáiz, 2005).

Por otra parte, el estudio de la alimentación de los inmigrantes constituye un encuentro curioso y productivo, puesto que permite no solo descubrir cómo los comportamientos alimentarios se modifican en el contexto migratorio, sino también cómo estos comportamientos participan en la construcción de la identidad social de los

inmigrantes, explican el modo de relacionarse con la sociedad de acogida y, de manera general, permiten una mejor comprensión de la población estudiada y de dinámicas propias de la globalización. Lo que comen los inmigrantes revela mucho de las dinámicas socioculturales e individuales de construcción y deconstrucción de la identidad. Calvo (1981 y 1982) y Hassoun (1997a) apoyan la idea de que la alimentación del país de origen es uno de los últimos aspectos de la identidad que desaparecen. Los hombres se mueven dentro de las sociedades y dentro de diversos países del mundo importando con ellos sus prácticas alimentarias y sus maneras en la mesa (Calvo, 1981; Hassoun, 1997a). Existen, eso sí, diferentes enfoques a la hora de interpretar los cambios del sistema alimentario entre los migrantes. Por ejemplo, Calvo (1981) señala que existe un «continuum alimentario» que cambia en diversos estilos y niveles; Jerome (1980) establece que el cambio en el régimen de los migrantes se puede interpretar como la expresión de un aprendizaje a una nueva manera de vivir y de la adquisición de nuevos valores; para Hassoun (1997b) existe una pluralidad de influencias que se plasman en la alimentación de los migrantes. La alimentación es, por lo tanto, un aspecto importante para entender los factores sociales y culturales de influencia y de integración de una población que inmigra con sus usos y costumbres a una sociedad intercultural (Kaplan y Carrasco, 1999).

Gracias a un trabajo de campo realizado en Francia, a diversas lecturas y a un viaje a Cuba, en este artículo reconstruyo en primer lugar las características principales de la comida cubana y las influencias de los diferentes sistemas económico-políticos sobre el modelo alimentario cubano que se sucedieron en Cuba, desde la época colonial hasta hoy. En segundo lugar, muestro cuáles son las dinámicas alimentarias más significativas de los cubanos inmigrados en París: las continuidades y los cambios acaecidos, las razones de estas adaptaciones, sustituciones e innovaciones, y sus redes sociales. Tercero, intento mostrar cuáles son los aspectos que me parecieron más específicos de los cubanos inmigrados en Francia: la proveniencia de un país comunista y la llegada a un país de economía de mercado y sin una verdadera comunidad de expatriación. Estas particularidades modelan sus prácticas alimentarias y representaciones sociales en contexto de migración. Pueden, además, diferenciar a este grupo de otras poblaciones de inmigrados en Francia que ya conocían la

economía de mercado en su país de origen, pero también de los cubanos instalados en lugares donde hay un mayor número de cubanos inmigrados, y posiblemente una comunidad cubana (por ejemplo, en Miami o en España).

### *Metodología*

La metodología adoptada para este trabajo es etnográfica. El trabajo de campo se efectuó en dos fases: un viaje a Cuba en febrero de 2008 para descubrir el país de origen de los inmigrantes sobre los que quería investigar, y una fase más importante en París, ese mismo año. Para penetrar en las continuidades y los cambios existentes en la manera de alimentarse en Francia de los inmigrantes cubanos era indispensable conocer la alimentación cubana y lo que se relacionaba con ella. Con tal objetivo, he realizado varias lecturas sobre el sistema político y económico, la historia, la cocina y las religiones cubanas, y también decidí viajar a Cuba antes de empezar mi estudio en Francia. Mi experiencia en la isla caribeña no fue un verdadero trabajo de campo, sino una iniciación a la cultura y a la historia cubanas. Viajar a diferentes ciudades de Cuba me fue útil porque pude preguntar a las familias y personas que me alojaron sobre la manera de hacer las compras y la comida típica cubana. Por otra parte, visité diversas tiendas de alimentos y varias clases de restaurantes. En Francia, he realizado dieciocho entrevistas semi-estructuradas con la ayuda de una guía de la investigación y he participado como observadora en festividades, bares y restaurantes cubanos.

Las personas entrevistadas eran nueve hombres y siete mujeres, cuya edad variaba entre los 20 y los 60 años, aproximadamente. Entrevisté también a un francés casado con una cubana debido a que en el momento de hacer la entrevista con ella estaba presente, y terminé entrevistándolos a los dos. Una mujer francesa participó también en una entrevista porque era la responsable de una importante asociación cubana en París. Había tres jóvenes (menos de 30 años), once adultos (entre 30 y 60 años) y cuatro personas mayores (más de 60 años). Siete personas tienen hijos, de las cuales cinco conviven con ellos en Francia. Las personas interrogadas representan diversos perfiles de migrantes y no todos participan en las asociaciones y actividades relacionadas con la cultura cubana: cuatro son encargados de

un restaurante de comida cubana (uno es francés), uno es cocinero, tres trabajan en relación con el turismo cubano, dos mujeres —casadas con franceses— tienen una asociación de turismo cubano, tres participan en la creación de actividades relacionadas con Cuba (una es francesa), uno es profesor de salsa y otras cuatro no tenían ninguna actividad profesional relacionada con Cuba.

Las preguntas hechas en el curso de las entrevistas buscaban, por un lado, reconstruir historias de vida y la trayectoria personal de esas personas y, por otro, abarcar el sistema alimentario que han adoptado y la red de socialización y sociabilidad en Francia. Para comprender su alimentación me interesé por la cocina, las festividades, los utensilios, los usos en la mesa, la frecuentación de restaurantes, el sistema de abastecimiento y las preferencias alimentarias en Cuba y en Francia. A las personas encargadas de restaurantes y bares cubanos les hice también preguntas sobre las razones por las cuales abrieron sus establecimientos, el tipo de clientes, cómo eligen los platos y los cambios introducidos. A las personas implicadas en asociaciones cubanas les pregunté sobre las actividades de estas agrupaciones y sus miembros.

*Breve introducción de la alimentación en el país de origen:  
comida cubana y los sistemas económico-políticos*

La cocina cubana es una fusión de la cocina de las Antillas, la cocina española y la cocina africana, y forma parte de la cocina que se designa como criolla. La influencia precolombina es muy poca porque la población autóctona fue exterminada. Lo que sobrevive de la cocina precolombina cubana se limita a especies animales y vegetales autóctonas. Cuba era, durante el período colonial, un punto estratégico de abastecimiento para las naves españolas. Pese a los límites impuestos por las condiciones climáticas de las zonas tórridas, los colonizadores españoles introdujeron tempranamente la flora y fauna necesarias para la satisfacción del régimen alimentario europeo, lo que permitió la pronta preparación de comida española. En cuanto a preparación y a especies vegetales, la isla de Cuba también recibió la influencia de la cocina africana, ya que los colonizadores introdujeron la esclavitud africana para los trabajos en las plantaciones (Chaudeson, 1992; Fournier, 2002 y 2004; De los Ángeles Pérez Samper, 2004; Tibère, 2006; Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007).

Lo que he observado en Cuba (y lo que los informadores me dijeron en las entrevistas) es que la comida típica cubana se compone de cinco partes: el arroz, las viandas<sup>1</sup>, las carnes, las ensaladas y los postres. En las festividades existen preparaciones que no forman parte de esta estructura. Las salsas constituyen un aspecto fundamental en la cocina cubana: la carne y los pescados se comen casi siempre con ellas. Las comidas principales son el desayuno, el almuerzo y la cena.

Los fenómenos que han marcado a Cuba en el ámbito alimentario —y que permiten, por lo tanto, entender mejor la alimentación cubana— se pueden acotar en diferentes fases. La primera es la del período colonial, cuando los españoles formaron una sociedad colonial latifundista cuya mano de obra se basaba en el trabajo de africanos. Los dueños de la tierra basaron la sociedad en una economía de plantación de la caña de azúcar, el café y el tabaco (Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007).

La Guerra de Independencia (1898) abrió el país al imperialismo norteamericano y a una hegemonía neocolonial. De esta manera, en vez de favorecer el tránsito hacia la descolonización y la construcción de una vida independiente, la independencia de Cuba aumentó el subdesarrollo e introdujo un nuevo tipo de dominación muy similar a la de la colonia. La esclavitud fue suprimida, pero en realidad el trabajo en las plantaciones fue garantizado por los emigrantes jamaicanos y haitianos. Durante todo este período la economía todavía se basaba en la producción agrícola, dependiente de la voluntad de los inversionistas extranjeros. La mayor parte de la población tenía dificultades para procurarse los alimentos necesarios. Sin embargo, las clases media y alta, gracias a las importaciones, tenían una alimentación rica y diversa. Es durante este período que la cocina cubana vivió su época floreciente (Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007).

La siguiente fase de la historia cubana es la que va desde la Revolución (1959) hasta el final de la alianza con la Unión Soviética (1989). Este período se caracteriza por la introducción de un Estado centralizado e intervencionista, la reforma agraria, el embargo económico impuesto por los Estados Unidos, las grandes importaciones

1 En las Antillas y en Costa Rica, las viandas son frutos y tubérculos comestibles que se sirven guisados, como el ñame, la malanga, el plátano, etc. (Real Academia Española).

provenientes de los países del bloque soviético y la introducción de la libreta de abastecimiento. El gran error durante esta alianza con la Unión Soviética fue que Cuba no diversificó su producción agrícola y no alcanzó una autosuficiencia productora. Caído el bloque de los países del Este, Cuba se vio prácticamente aislada al tiempo que debía hacer frente a una crisis económica y alimentaria muy grave. Entre 1989 y 1994 se inició en Cuba un «período especial» en tiempos de paz y tuvo que reestructurar su economía para no hacer morir al país de hambre. El primer objetivo del plan alimentario fue la agricultura y la redistribución de la comida (Douzant Rosenfeld *et alii*, 1995; Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007; Karnoouh, 2007).

En el curso de la década pasada Cuba introdujo numerosos cambios: una reorganización del sector público y una regulación del sector privado, la apertura a la inversión del capital de los extranjeros, la captación de divisas y la reducción del déficit presupuestario. Se introdujeron divisas extranjeras y se abrieron tiendas que venden productos de importación en pesos convertibles, así como también se efectuaron inversiones, sobre todo en el sector del turismo. En las nuevas tiendas es posible buscar todo lo necesario para cocinar y las personas ya no tienen que recurrir al mercado negro (a excepción de los productos sobre los cuales el Estado tiene el monopolio, como la carne de vaca y las langostas), pero para ello es indispensable tener pesos convertibles. La apertura ha fragilizado el modelo socialista cubano, que se encontraba entre los más igualitarios del mundo hasta finales de los años 80. Aunque la libreta da acceso a las necesidades de base, alimentarse y vestirse sin pesos convertibles es prácticamente imposible. El nivel de cualificación no garantiza el estatus social del individuo y por lo tanto los cubanos intentan procurarse de pesos convertibles (Douzant Rosenfeld *et alii*, 1995; Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007).

La emigración se ha convertido en un fenómeno considerable ya desde la Revolución, bien sea por razones políticas, ideológicas y económicas. La crisis económica de los años 90 ha aumentado las ganas de salir del país hacia países económicamente más favorables. Los matrimonios mixtos constituyen el método más reciente para emigrar; las primeras uniones de este tipo datan de los años 90 (Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007).

En todo caso, Cuba sobrevivió a las inclemencias del último siglo y ahora intenta hacer frente a un nuevo siglo donde reina la globalización neoliberal. Cuba ha conseguido nuevas alianzas con algunos países de América Latina (Guicharnaud-Tollis y Joachim, 2007). El proyecto ALBA<sup>2</sup> favorece la colaboración económica en América Latina y pretende hacer frente a la iniciativa de los Estados Unidos en cuanto al libre comercio con América Latina (Martínez, 2005).

### *Las continuidades alimentarias de los cubanos inmigrados en París*

En el curso de mi estudio no he observado una continuidad total en las prácticas y representaciones alimentarias de los cubanos en París. Por el contrario, existe una pluralidad de estilos que no son ni una simple adición de la tradición francesa al sistema alimentario original, ni tampoco una continuidad o ruptura total con las prácticas alimentarias anteriores a la emigración.

Las continuidades más obvias residen en el alto consumo de arroz, frijoles y carne, aunque se haya reducido en cantidad —a excepción de la carne, cuya cantidad ha aumentado—. Por ejemplo, una mujer cubana pone de manifiesto en esta cita la importancia de la presencia de arroz en su comida diaria: «Sí, el arroz sí. El arroz no puede faltar nunca»<sup>3</sup> (Mujer cubana, 65 años, desde 2000 definitivamente en Francia). El tipo de carne es también más variado, pero se hace en salsa y se cocina mucho, como en Cuba. «Los productos no son tan importantes, es más la manera de hacerlos, que es la misma, por ejemplo la carne es siempre en salsa»<sup>4</sup> (Mujer cubana, 30 años, desde 2004 en Francia). Esta cita muestra bien cómo si los productos se adaptan a lo que se puede encontrar en el país de acogida, las maneras de prepararlos están muy impregnadas de lo que conocieron en el país de origen. También la manera de servir los platos se parece a la de Cuba: se sitúan todos los productos en el centro de la mesa, desde la cual cada uno toma lo que quiere en su propio plato.

2 Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América.

3 Texto original: «Oui, le riz oui. Ça ne peut pas vraiment manquer.»

4 Texto original: «C'est pas important les produits, c'est plutôt la façon de faire qui reste la même, par exemple la viande c'est toujours avec la sauce.»

La combinación de carne, arroz y frijoles se reserva más bien para las ocasiones importantes, hasta convertirse en «plat tótem» (Calvo, 1982). «Sí, platos representativos, como te digo, frijoles negros, carne de cerdo, arroz y plátanos»<sup>5</sup> (Hombre cubano, 42 años, desde 1998 en Francia). Otros elementos de la continuidad alimentaria de los cubanos en Francia son, por ejemplo, el condimento utilizado, el bajo consumo de productos lácteos y de quesos que no tienen un olor muy fuerte, el consumo de frutas y legumbres de la estación, el alto consumo de café, cerveza y ron y la negación de los productos industriales. Todo esto demuestra también la persistencia de un modelo tradicional.

Las razones que inducen a esta continuidad provienen del hecho de que pasaron la mayor parte de su vida en Cuba y persisten algunas preferencias en cuanto a gustos y sabores conocidos, como también en cuanto a hábitos y los *savoir-faire* específicos de su cultura de pertenencia. Un informador me dijo: «Yo he permanecido siempre sobre la base del principio de la alimentación de mi país, porque es eso lo que he conocido desde muy pequeño, es eso lo que me gusta [...]. También es una cuestión de hábitos. En diez años que estoy aquí, yo me he adaptado un poco a la sociedad francesa, a la alimentación francesa, todo. Siempre yo prefiero la alimentación de mi país, incluso si no hay variación de alimentación, a nivel que me gusta eso»<sup>6</sup> (Hombre cubano, 42 años, desde 1998 en Francia). Por otra parte, hay un sentido afectivo por la comida de su país. Este aspecto es muy visible cuando las personas hablaban de la comida a partir de anécdotas de vida o recuerdos sobre el gusto o el olor de alimentos típicos cubanos. Por ejemplo, un hombre describe la diferente manera de tomar el café en Cuba según la manera de tomarlo con su familia: «Porque mi abuela hacía un café con nata, que era para sustituir la leche, nosotros desayunábamos con un tazón de café como eso. Era muy ligero y muy

<sup>5</sup> Texto original: «Oui, plats représentatifs, comme j'ai vous dit des haricots noirs, la viande du porc, la banane, arroz, le plantain.»

<sup>6</sup> Texto original: «Moi, je reste toujours sur la base du principe de l'alimentation de chez moi, parce que c'est ça que j'ai connu depuis tout petit, c'est ça qui me plaît, (...). C'est une question de goût (...). Aussi une question aussi d'habitude. En dix ans que je suis là, je me suis adapté un peu à l'intérêt, un peu à la société française, à l'alimentation française, tout. Toujours je préfère l'alimentation de chez moi, même si il y a pas variation d'alimentation, à niveau de goût, moi, j'aime ça.»

dulce, y sustituía la leche que no teníamos y es eso lo que conocíamos y teníamos esta costumbre. Después había el café fuerte, a mi padre le gusta el café fuerte y sin azúcar. Mi madre lo toma con caramelo, es un café que también sustituía la leche en Cuba, es un café dulce que tú comes con el pan»<sup>7</sup> (Hombre cubano, 40 años, encargado de un restaurante cubano desde 1997, desde 1992 en Francia).

*Los cambios en contexto de migración:  
adaptaciones, innovaciones y mestizaje*

Un aspecto central de los cambios alimentarios de los cubanos en París es el aumento de la cantidad y de la variedad de comida consumida. Ello se debe a la facilidad de acceso y a la gran disponibilidad de productos en un país con una economía de mercado como es Francia. Por ejemplo: «Se varía mucho más la comida. En Cuba, como te decía, no hay casi variedad, siempre se come lo mismo. Es que hay muchas más cosas y yo prefiero comer las cosas que nunca yo he comido, prefiero conocer las cosas nuevas» (Hombre cubano, 28 años, desde 2007 en Francia). El mismo hombre me dijo: «Aquí no como spaghetti, pero como otra pasta. No sé por qué no los compro, en Cuba dejé de comprar spaghetti cuando tenía un poco de dinero y podía comprar otras cosas aparte de spaghetti y así para variar la pasta». Hay también un aumento en el consumo de carne, que en Cuba estaba limitado: «En Cuba, nosotros comemos la carne, pero aquí si lo quieres puedes comerla todos los días»<sup>8</sup> (Mujer cubana, 65 años, desde 2000 definitivamente en Francia). Hay también un mayor consumo de verduras, ensaladas y yogures. En los discursos sobre estos productos se observan las influencias de los discursos que se dan en Francia sobre los alimentos saludables. Un ejemplo sobre el consumo de vegetales y su

<sup>7</sup> Texto original: «Parce que ma grand-mère faisait un café crème, que c'était, que remplaçait le lait en fait, on prenait le petit-déjeuner avec un bol de café comme ça, que c'était très léger et très sucré, ça remplaçait le lait, parce qu'on avait pas le lait et donc c'était ça qu'on connaît, donc forcément qu'on a cette *costumbre* et après, il y avait le café fort, mon père, il aime le café fort et il met pas de sucre. Ma mère le prend avec caramel, c'est un café qui remplaçait le lait chez nous, et c'est un café que c'est sucré qui se mange avec du pain».

<sup>8</sup> Texto original: «À Cuba on mange de la viande, mais ici si on veut, on peut manger tous les jours.»

importancia para una dieta más saludable se puede leer en esta cita: «Aquí se utilizan muchos vegetales, se hacen siempre platos que no son tan grasos, es eso que es importante, pero en nuestro país, yo creo que hace 3 o 4 años, he visto que abrieron 3 o 4 restaurantes que vendían solamente vegetales, que hacen cocina de vegetales, eso es muy importante»<sup>9</sup> (Mujer cubana, 65 años, desde 2000 definitivamente en Francia). Algunos aspectos diferentes relativos a la preparación de la comida se pueden observar también, por ejemplo, después de la instalación en Francia: se empieza a hacer más comida rápida y menos frituras, y también preparaciones con menos grasas y azúcar. Aunque el cubano no consume con frecuencia comidas ya preparadas, el alimento industrial ha entrado en su régimen, particularmente entre los jóvenes. Un joven, por ejemplo, me dijo: «Sí, ahora sí, es mucho más fácil hacer la comida. En Cuba uno se puede pasar 2 horas haciendo la comida, 1 hora, aquí 15-20 minutos, 10 minutos, muy fácil. Aquí se compran cosas hechas, 8 minutos en el *microwave* y ya está todo» (Hombre cubano, 28 años, desde 2007 en Francia).

Los cambios más importantes se hacen visibles en los restaurantes cubanos, que tienen que satisfacer principalmente las demandas de la población francesa e internacional. Los restaurantes introducen ensaladas como plato principal, los cocineros cocinan de manera diferente (por ejemplo, disminuyen el nivel de grasa en la cocina o de platos cocidos a fuego lento) y efectúan preparaciones «más finas», cómo me dijo un encargado de un restaurante cubano (40 años, desde 1992 en Francia). Por ejemplo, hay una sustitución del arroz por otros tipos de preparaciones, como patatas dulces, patatas o yuca. Esto es para adaptarse a los requisitos de sus clientes, según me dijeron algunos informadores. Como consumidores, se daban cuenta de que la cocina cubana servida en los restaurantes cubanos de París no era la que se come en Cuba, sino una adaptación a los gustos locales o internacionales. «Es un restaurante cubano que en el pasado era 100% cubano, y yo iba allí, ahora es un poco mixto, sabes, tienes que saber comercia-

<sup>9</sup>Texto original: «Ici on utilise beaucoup des légumes, on fait toujours des plats qui ne sont pas gras, c'est ça que est très important, mais chez nous, je pense qu'il y a 3 ou 4 ans que j'ai vu que 2 ou 3 restaurants où on vende que des végétaux, on fait la cuisine à base de végétaux, ça c'est très important.»

lizar para tener resultados en tu trabajo»<sup>10</sup>. Otro ejemplo muestra que no todo el mundo puede comer comida cubana y que, por lo tanto, para un restaurante cubano es necesario adaptarse al gusto local: «Porque tiene que gustarte la comida cubana, es muy pesada, no todo el mundo puede soportar comer en la noche frijoles negros y carne de cerdo» (Mujer cubana, 64 años, desde 1998 en Europa).

También existen transformaciones importantes en el ámbito de las representaciones de la cocina del país de origen. Cuando llegan a Francia, algunos empiezan a percibir la cocina del país de origen como pesada. Lo mismo sucede para algunas informadoras no adaptadas a un país con un clima más frío, donde hay menos transpiración. El tipo de comida empieza a ser más equilibrada, variada y ligera. Por ejemplo, una mujer me dijo: «Hay una diferencia aquí, de comer un poco equilibrado, pero en nuestro país no se come así, es un hábito. En nuestro país hay una cultura, que podemos decir que aquí en Francia, no hay. Pero la diferencia aquí es que como que aquí nos habituamos al equilibrio de la comida, yo diría que no estamos forzados, sino que automáticamente nos habituamos a comer como es aquí y eso cambia»<sup>11</sup> (Mujer cubana, 65 años, desde 2000 definitivamente en Francia). Así, por parte del país de emigración la influencia es doble en la cocina cubana: se incrementa la relación entre alimentación y salud y se incorpora una cocina industrial y funcional.

Los cambios de la dieta no son solo simples adaptaciones, sino verdaderas hibridaciones o innovaciones. Como el hecho de acompañar un plato de carne cubana no únicamente con arroz, frijoles o plátanos, sino también con otros productos que se encuentran en Cuba, como la yuca o las patatas dulces, y prepararlos de otra forma, por ejemplo en puré. Las circunstancias, como el tiempo y el precio, no permiten el establecimiento de una alimentación idéntica a la anterior. Por lo tanto, resulta obvia la integración de nuevos platos más

10 Texto original: «C'est un resto cubain que à l'époque quand je suis arrivé ici, pour manger 100% cubain, j'allais là-bas, maintenant c'est un peu plus mélangé, vous savez il faut savoir se commercialiser pour avoir des résultats dans votre travail.»

11 Texto original: «Il y a une différence ici, de manger un peu équilibré, mais chez nous on mange pas comme ça, c'est aussi une habitude. Chez nous c'est une culture, qu'on peut dire comme ici en France, on n'a pas. Mais la différence ici c'est que comme ici on s'habitue à l'équilibre de la nourriture, on est, je dirais pas qu'on est forcé, mais automatiquement on s'habitue à manger comme c'est ici et ça change.»

rápidos de cocinar o simplemente con otro tipo de cocción, como el hacer menos platos cocidos a fuego lento. También existe la voluntad de adaptarse, de descubrir el país de acogida y la cocina de otros países del mundo. Es el caso, por ejemplo, del consumo de fruta de estación en Francia, o de integrar el queso en la alimentación (especialmente queso de vaca e industrial porque no tiene mucho sabor). Esta apertura a otras cocinas se debe también a la procedencia desde un contexto desfavorable en cuanto a nivel alimentario y situado en los márgenes de la globalización. Esto invita los cubanos a valorar la variedad de ingredientes y las preparaciones accesibles a todo el mundo en una economía de mercado. Por otra parte, se debe añadir que la identidad cubana se caracteriza fuertemente por sus valores mestizos, integrando nuevos elementos y creando nuevas formas alimentarias. Por ejemplo, un hombre entrevistado me dijo: «En Cuba hay una tradición. Siempre había turismo, ya sea por la gastronomía o por la música, la gente es muy abierta a todas las influencias. Ellos toman las cosas del exterior y las mezclan con las propias. La música o la cocina es lo mismo»<sup>12</sup> (Hombre francés, 45 años, casado con una mujer cubana, dueño de un restaurante cubano).

El peso de la globalización y de la modernidad alimentaria tiene también un impacto importante debido a su empuje hacia la uniformidad y estandarización de las maneras de vida, aun cuando esta tendencia se refrena gracias a resistencias de culturas locales y específicas. El cubano, por un lado, apoya la posibilidad de venta de productos exóticos y auténticos y participa en las formas sincréticas y de reinención cultural. Por otra, contribuye a la estandarización a través de la banalización de la cocina del país de inmigración (por ejemplo, en las entrevistas lo que se define como cocina francesa muchas veces no es más que cocina internacional, como pasta, patatas fritas, etc.) y la adquisición de una alimentación más funcional que se impone en su dieta diaria por el ritmo de trabajo, que no permite cocinar todos los días preparaciones elaboradas y lentas. Estas últimas se reducen a los días festivos u ocasiones especiales. Si bien los cubanos

<sup>12</sup>Texto original: «À Cuba il y a une tradition, il y a toujours où du tourisme qui soit la gastronomie ou pour la musique les gens sont très ouvertes à toutes les influences, ils prennent des choses de l'extérieur et le mélangent avec leur propre, musique ou cuisine c'est pareil.»

no conocieron esta forma la globalización en los últimos cincuenta años, algunos de ellos han experimentado lejanas influencias. Algunos aspiran a un estilo de vida de este tipo, olvidando por lo tanto el estilo de vida tradicional. Otros resisten bajo la forma de hibridaciones y mestizaje que permiten, por lo tanto, un proceso dinámico entre la tradición y la modernidad.

### *Las redes sociales de la alimentación cubana en Francia*

El papel que desempeñan los miembros de la familia ocupa un lugar importante en el contexto migratorio. Por un lado, hay que considerar el papel que ocupan los esposos y los hijos en las tareas domésticas, y por otro, el rol que éstos ejercen en la elección de la comida diaria (Barou y Verhoeves, 1997; Ossipow, 2000). En cuanto a las tareas domésticas, no hay un gran cambio para los cubanos que hemos encontrado, porque en Cuba, según lo que me decían los informadores, ya había una división de las funciones domésticas. En la selección del tipo de alimento, la influencia de los miembros de la familia es significativa. Los niños nacidos en Francia o llegados muy pequeños a este país están interesados en la comida industrial y en la comida del país de adopción, porque comen a menudo en la escuela o con amigos, donde encuentran este tipo de comida. Corresponde, por lo tanto, a los padres preparar comida cubana en casa si quieren acostumbrarlos a los sabores de la comida de su país de origen. Sin embargo, para los padres no siempre es fácil, porque no saben cocinar estos platos. Por ejemplo, una mujer me explicaba las adaptaciones que algunas veces introduce en la comida doméstica para satisfacer a sus hijos: «Se puede acostumbrar el gusto, pero intento hacerlo por los hijos. Por lo tanto intento platos franceses, platos que no conozco mucho, pero intento cambiar un poco. Pero es verdad que la mayoría en la casa comemos arroz»<sup>13</sup> (Mujer cubana, 46 años, desde 1997 en Francia). En el caso de los matrimonios mixtos, depende mucho de las capacidades culinarias y el tiempo disponibles por parte del esposo/a cubano/a,

13 Texto original: «On peut habituer le goût, mais j'essaie quand même parce que les enfants, donc j'essaie des plats à la française, des plats que je ne connais pas trop, mais j'essaie de changé un petit peu, mais c'est vrai que la plupart du temps, on mange du riz à la maison.»

así como del interés y del estímulo que el francés o el europeo tienen por la cultura y la cocina del país de origen de su esposo/a. Una informadora cubana casada con un francés evidencia la diferencia entre ella y sus amigos cubanos que están casados entre cubanos. «Hay gente a la que le gusta eso, hacen comida cubana, yo conozco amigos de la Embajada y ellos comen mucho comida cubana, se desplazan para ir a buscarla. Pero, puede ser que como están casados entre cubanos, yo estoy casada con un francés y por lo tanto estoy influenciada por la comida francesa»<sup>14</sup> (Mujer cubana, 64 años, desde 1998 en Europa).

La red de abastecimientos y de sociabilidad de los cubanos en Francia varía entre diferentes polos: cubano, latinoamericano, francés y árabe o asiático. Este último está principalmente presente en la compra de productos necesarios para la preparación de platos cubanos. Por ejemplo: «Aquí no se puede encontrar todo en los supermercados. Tienes que irte a los mercados de productos exóticos, de productos latinoamericanos, de los antillanos, de los africanos»<sup>15</sup> (Hombre cubano, 42 años, desde 1998 en Francia). Como otros investigadores de campo afirmaron, existe una alternancia en la frecuentación de tiendas y de lugares en relación con las significaciones de lo que implica la ocasión. Si algunos se desplazan a lugares específicos incluso para la comida diaria, otros lo hacen solamente para festividades u ocasiones especiales. Hay, por lo tanto, lugares con mayores significaciones que otros en lo que concierne al abastecimiento de comida. La connotación de un objeto, así pues, se construye y es contextual. Las diversas maneras de la adquisición y de la frecuentación corresponden a formas espaciales de un grupo (Bahloul, 1983; Raulin, 2000; Bouly de Lesdain, 2002).

La preparación de comida del país de origen es una manera obvia de ganar dinero cuando se llega a un país extranjero. Hacer comida cubana puede devenir una profesión para las personas que nunca lo

14 Texto original: «Il y a des gens qui font ça, ils leur plait ça, ils font la cuisine cubaine, moi, je connais les amis de l'ambassade, ils mangent beaucoup de la cuisine cubaine, parce que vraiment ils se déplacent pour aller la chercher. Mais, bon, peut-être comme ils sont mariés entre Cubains, moi, je suis mariée avec un Français, je suis plus influencée par la nourriture française.»

15 «Ici on peut pas les trouver tout le temps dans les supermarchés, il faut aller dans les marchés des produits exotiques, des produits latino-américains, des Antillais, des Africains.»

hicieron en Cuba y que, sin embargo, se convierten en cocineros después de la migración: «Nunca había hecho cocina, he aprendido aquí en el restaurante, bueno, claro que he siempre mirado a mi abuela, mi madre y mis tías y todo eso. ¡Pero yo nunca había tocado la cocina (ríe)!»<sup>16</sup> (Hombre cubano, 29 años, desde 2005 en Francia). Sólo en casos excepcionales quienes trabajan en la restauración cubana en París trabajaban también en este campo antes de venir a Francia. Lo que ha estimulado la decisión de abrir restaurantes no han sido siempre las ganas de tener un lugar que pudiera ser una pequeña Cuba en Francia. Son más bien las circunstancias y las capacidades lo que ha llevado a que estas personas realicen este trabajo, según me dijeron los informadores que trabajan como encargados de restaurantes cubanos. Generalmente, la demanda se asegura con la comunidad del mismo origen o con la población autóctona que busca en la comida exótica nuevos sabores y una respuesta a una necesidad de evasión. En el caso de los restaurantes cubanos en París, los clientes son principalmente franceses o extranjeros, porque la comunidad cubana no es suficientemente grande para garantizar la demanda y para pagar los precios exigidos en estos lugares. Además, no todos los restaurantes cubanos fueron creados para cubanos o para personas que conocen Cuba.

*Proveniencia de un país comunista y llegada a un país con economía de mercado y sin comunidad de expatriación*

Me parece importante desarrollar aquí las particularidades de los inmigrantes sobre los que he realizado mi investigación, porque éstas modelan sus prácticas alimentarias y representaciones sociales y diferencian a este grupo de otras poblaciones de inmigrantes en Francia y de cubanos instalados en otros países. Un aspecto particularmente significativo depende de provenir de un país comunista y llegar a un país con economía de mercado. El gobierno comunista cubano redistribuye algunos alimentos entre la población. Este tipo de sistema ha encontrado grandes problemas, especialmente en la distribución, la producción y la importación, durante algunas épocas.

<sup>16</sup>Texto original: «Jamais fait la cuisine, j'ai appris ici dans cet restaurant, bon, bien sur j'ai vu tout le temps ma grand-mère, ma mère, mes tantes et tout ça, mais moi, jamais j'ai touché la cuisine (ríe)!»

Debido a su experiencia de penurias alimentarias y de lucha diaria para procurarse los alimentos, los cubanos consideran la alimentación como una acción imprescindible, concreta y biológica. El origen en un país comunista que ha conocido el hambre está fuertemente presente en las opciones alimentarias actuales. Por ejemplo, un hombre me contó acerca de la tendencia a comer mucho después del «período especial» en Cuba: «Y cuando terminé el período especial, bueno con la gente que estuve mucho tiempo privado de comida, muy reducido, entonces dice: “¡Bueno, ahora voy a comer!” .Y a poco a poco eso, la gente comía mucho, disfrutaban la comida, aprovechaban cada momento para comer, para comer mucho porque se queda un poco el intento que no había comida y no se sabía cuando se podía comer, entonces siguieron comiendo mucho. El día que iban a un lugar en el que había bastante comida, comían mucho porque decían “¡No se sabe cuándo voy a poder comer!”» (Hombre cubano, 28 años, desde 2007 en Francia). Existe un notable interés por variar su comida, por descubrir comida de otros países y también por preparar comida tradicional cubana, aprovechando la infinidad de opciones que ofrece en este ámbito un país capitalista. Por ejemplo, un hombre subraya la impresión cuando entró por primera vez en un supermercado en Francia: «¡Fue fatal! No puedo decirlo, era impresionante, nunca había visto una tienda con tantas cosas antes»<sup>17</sup> (Hombre cubano, 42 años, desde 1998 en Francia). Hay que recordar que en la misma Cuba se hacía difícil preparar toda la comida tradicional cubana debido a la falta de alimento y al precio de los productos necesarios en las tiendas donde se utilizan los pesos convertibles. Un hombre me comentó, a este propósito: «Porque era el principio y queríamos probar, hacer platos típicos que no hacíamos más en Cuba porque no teníamos los ingredientes. Entonces al principio, hicimos mucho más, porque teníamos todo para hacer platos típicos, aprovechábamos el momento»<sup>18</sup> (Hombre cubano, 40 años, desde 1992 en Francia).

<sup>17</sup>Texto original: «C'était mortel, je ne peux pas le dire ça, c'était impressionnant, je n'avais jamais vu un magasin, avec autant des trucs avant.»

<sup>18</sup>Texto original: «Parce que c'était le départ, on voulait tester, faire des plats typiques parce qu'on ne les faisait plus parce qu'on avait plus les produits. Donc forcément au départ, on fait beaucoup plus, parce que comme on avait tout pour faire les plats typiquement, donc on profitait du moment.»

Esta cuestión ha sido particularmente importante durante mi estudio, porque en el contexto migratorio aparece como un elemento dominante en la comprensión de la actitud hacia la comida. Para los cubanos la alimentación se concibe de una manera concreta y fisiológica. A la pregunta relativa al papel que la alimentación tiene en sus vidas, muchos de ellos no realizaron una distinción entre la función cultural y de identidad y la función nutritiva y de supervivencia. Esta concepción fisiológica se ha manifestado también en el hecho de que hablaban en primer lugar sobre la necesidad de alimentarse, de la carencia de alimentos en Cuba y de la gran variedad de productos alimentarios disponibles en Francia, manifestando así una gran capacidad para adaptarse. A la pregunta sobre el papel de la comida en su vida, uno de los informadores cubanos me respondió: «Si no comemos, ya estamos muertos. La primera cosa para decir acerca de la variación de la alimentación en Europa, o sobre la alimentación en Europa en general, es totalmente diferente porque hay más variación, más opciones, más medios para la alimentación y todo eso»<sup>19</sup> (Hombre cubano, 42 años, desde 1998 en Francia).

La otra especificidad de este estudio es que no existe una comunidad cubana ni en París ni en Francia. La mayoría de los cubanos que están en Francia han llegado al país gracias a matrimonios con ciudadanos franceses. El resto son exiliados políticos o han llegado a Francia con un visado de turista, quedándose ilegalmente en el país.

Al comienzo de mi estudio pensaba que constituiría una limitación para la investigación el hecho de que no existiera una verdadera comunidad cubana en París y que los residentes de esa nacionalidad tuvieran ideas políticamente diferentes. Sin embargo, esa ha sido una de las variables específicas más afortunadas de este trabajo. No tener una verdadera comunidad, constituirse únicamente como individuos dispersos, la mayor parte casados con franceses o europeos, ha permitido abarcar fenómenos particulares en el contexto migratorio. La influencia del país de origen se pondera en una dimensión individual, donde resalta la importancia que el cubano da a su comida indepen-

19 «Si tu t'alimente pas déjâ, tu crèves. Première chose à dire est que sur la variation de l'alimentation en Europe, o sur, l'alimentation en Europe en générale, c'est totalement différente parce que il y a plus de variation, plus des choix, plus des moyens pour l'alimentation et tout ça.»

dientemente de la presencia de un grupo cohesionado que podría intentar valorar su cultura de origen para distinguirse y mantener una identidad común.

Estos dos aspectos me han llevado a pensar que la dimensión folclórica de la comida no estaba tan presente entre los cubanos inmigrados. Por un lado, el hecho de pensar la comida como una necesidad diaria deja en segundo plano los aspectos sociales y culturales. Por otro, la ausencia de una gran comunidad cubana en Francia y la inmigración a través de matrimonios mixtos no facilitan la construcción de una red social que se encuentre alrededor de fiestas tradicionales cubanas y formas de sociabilidad intracomunitaria. No es que la dimensión folclórica no exista, pero en este caso específico el sistema alimentario se manifiesta principalmente a través de una serie de matices que van desde lo biológico a lo cultural. La dimensión folclórica y de sociabilidad pasa por lo tanto por otros canales más conocidos para la población de recepción, como la música, las danzas, los cócteles cubanos o la discusión política.

Por otra parte, cabe añadir que la identidad se construye y se contextualiza según el grupo hacia el que hay que identificarse. En el caso de los migrantes cubanos, puede tratarse de una identidad cubana basada en la proveniencia de un mismo país, pero sobre todo aparece contextualizada en el seno de la comunidad latinoamericana, que en gran medida sustituye los encuentros entre cubanos en aspectos tales como la vida asociativa, la sociabilidad y la actividad política, ya que no hay un gran número de cubanos en Francia que permita este tipo de encuentros exclusivamente entre ellos. Pero puede también haber una identificación con otros grupos de inmigrantes, ligados a ellos, por ejemplo, por sus condiciones de vida o por la utilización de algunos de los mismos ingredientes para preparar la comida del país de origen, que opone entonces a los «inmigrantes» con la sociedad francesa. Esta manera de definirse como grupo en oposición a otros grupos distintos se encuentra en la definición de grupo étnico de Barth. Él lo define como una forma específica de organización social fundada en compartir valores fundamentales y un sistema de pertenencia y de exclusión que identifique el «sí mismo» en comparación con el «otro» (Barth, 1969). Las particularidades alimentarias se erigen en un medio para afirmar una identidad: una identidad construida alternativamente alrededor de las nociones de diferencia y de similitud.

Sin embargo, esta identidad se modela en relación a una alteridad que cambia según el contexto.

### *Conclusión*

Este estudio muestra que en el contexto de migración se dan continuidades en las prácticas alimentarias y representaciones sociales, pero también cambios a través de adaptaciones, hibridaciones y mestizaje. Las razones de estas dinámicas, de las trayectorias individuales y comunitarias, son numerosas y necesitan ser más investigadas. Seguramente, el sistema político-económico del país de origen (como, en este caso, el sistema socialista cubano) y el tipo de inmigración (matrimonio mixto, país de recepción, etc.) influyen en la manera de pensar la comida y de comer en contexto migratorio.

La alimentación no es solamente un fenómeno cultural y simbólico, como recientemente han acentuado los investigadores en ciencias sociales. Se trata también de una necesidad biológica fundamental. Por esta razón resulta extremadamente importante considerar la alimentación como un «hecho social total», estudiándola desde diferentes puntos de vista complementarios. Por lo tanto, desearía apuntar que, independientemente de lo que se come, alimentarse es primordial. Si las circunstancias nos lo permiten, podemos elegir qué comer y definir lo que es comestible en el interior de una sociedad específica. Lévi-Strauss decía que el alimento tiene que ser bueno para pensar para que pueda ser bueno para comer (Lévi-Strauss, 1964). Por una parte, es cierto que las necesidades fisiológicas y biológicas regulan nuestros ritmos y la cultura los modela. Pero por otra, el hambre induce a comer también lo que no es «bueno para pensar» y a querer disponer de una variación en la alimentación. Las personas inmigradas en un contexto de abundancia alimentaria pueden elegir su comida. Ciertamente se da una continuidad en los gustos y en las prácticas culinarias adquiridas en el país de origen, pero también una voluntad de descubrir otros sabores y una gran capacidad de adaptación debido a la vivencia de no haber podido acceder a algunos ingredientes y preparaciones en su país de origen y al haber conocido la penuria alimentaria.

Desde mi perspectiva, pienso que es importante conocer el sistema alimentario de los inmigrantes para la formulación de las políticas

nutricionales. Los migrantes viven a menudo en situaciones desfavorables desde el punto de vista económico y social, y experimentan grandes dificultades de integración por razones variadas, como la lengua y el trabajo. La adaptación no se realiza sin problemas para estas personas, tanto desde el punto de vista sanitario como psicológico. Antes de intentar modificar sus hábitos y proponer soluciones sanitarias incorrectas o ineficaces, resulta esencial entender sus tradiciones alimenticias y respetar sus prácticas y diferencias alimentarias.

Para el cubano llegado a Francia la experiencia no resulta fácil. Como he apuntado previamente, llegan a un contexto en el que no hay una comunidad cubana y a un país donde el sistema es totalmente diferente por razones climáticas y económico-políticas. La llegada a un país industrializado en el que hay una gran abundancia alimentaria, con productos baratos, y donde al mismo tiempo resulta difícil crear una red de sociabilidad comunitaria, empuja a estas personas a una adaptación general, que puede llevar a opciones equivocadas y a comportamientos alimentarios incorrectos, como un consumo excesivo, particularmente de carnes, de azúcares y de productos de baja calidad.

### *Agradecimientos*

Quiero dar las gracias en primer lugar a los cubanos que viven en París, especialmente a quienes participaron en mis entrevistas, me invitaron y me acogieron en sus fiestas y en los lugares donde se encuentra comida cubana. Quisiera dar las gracias también a todos los que me ayudaron en la realización de este estudio: a mi profesor Claude Fischler, a mi familia, a mi novio, a mis amigos y a las personas que me corrigieron y me aconsejaron con el español, Rodrigo, Claudia y Liliana. Finalmente, me gustaría dar las gracias a los organizadores del Coloquio REDAM de 2009.

### *Bibliografía*

BAHLOUL, J. (1983) *Le culte de la table dressée. Rites et traditions de la table juive algérienne*. Paris : Éditions A.-M. Métailié.

- BAROU, J. y VERHOEVES, M. (1997) «Alimentation et rôles familiaux: La cuisine familiale des immigrés africains». *Ethnologie française*, XXVII (1): 96-102.
- BARTH, F. (1969) *Ethnic groups and Boundaries. The social organisation of culture difference*, Boston: Waveland Press Inc.
- BOULY DE LESDAIN, S. (2002) «Alimentation et migration: Une définition spatiale». En GARABUAU-MOUSSAOUI, I., PALOMARES, E. y DESJEUX, D. (coord.) *Alimentations contemporaines* (2002) Paris: L'Harmattan.
- CALVO, M. (1981) «Migration et faits alimentaires». *Symposium on Food and Nutrition*, International Union of Anthropological and Ethnological Sciences, Intercongress, April: 23-24.
- CALVO, M. (1982) «Migration et alimentation». *Information sur les sciences sociales*, 21 (3): 383-446.
- CHAUDESON, R. (1992) *Des îles, des hommes, des langues. Langues créoles, cultures créoles*, Paris: L'Harmattan.
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, J. y GRACIA ARNÁIZ, M. (2005) *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*, Barcelona: Ariel.
- DE LOS ANGELES PÉREZ SAMPER, M. (2004) «Lo scambio colombiano e l'Europa». En MONTANARI, M. y SABBAN, F. (coord.) *Atlante dell'alimentazione e della gastronomia* (2004) Torino: UTET, vol.1, 302-324.
- DOUZANT ROSENFELD, D., LINCK, T. y ZEQUEIRA, M. (1995) «Se nourrir à Cuba: les enjeux de l'agriculture dans la région de La Havane». *Cahiers des Amériques Latines*, IHEAL, 19: 35-64.
- FISCHLER, C. (1979) «Gastro-nomie et gastro-anomie». En FISCHLER, C., (Coord.) *Communications*, EHESS, 31: 189-210.
- FISCHLER, C. (1990) *L'omnivore*, Paris: Odile Jacob.
- FOURNIER, D. (2002) «La cucina dell'America e lo scambio colombiano». En MONTANARI, M. y FOURNIER, D. (coord.) *Il mondo in cucina: Storia, identità e scambi* (2002) Roma-Bari: Laterza, 121-134.
- FOURNIER, D. (2004) «Il meticcio nell'America Latina». En MONTANARI, M. y SABBAN, F. (Coord.) *Atlante dell'alimentazione e della gastronomia* (2004) Torino: UTET, vol.1, 325-339.
- GUICHARNAUD-TOLLIS, M. y JOACHIM, J.-L. (2007) *Cuba: de l'Indépendance à nos jours*, Paris: Éditions ellipses.
- HASSOUN, J.-P. (1997a) *Hmong du Laos en France: changement social, initiatives et adaptation*, Paris: PUF.

- HASSOUN, J.-P. (1997b) «Pratiques alimentaires chez les Vietnamiens et les Cambodgiens en France». *Ethnologie française*, 1: 113-117.
- JEROME, N.W. (1980) «Diet and Acculturation. The Case of Black-American Immigrants». En JEROME, N.W.; KANDEL, R.F.; PELTO, G.H. (ed.) *Nutritional Anthropology: Contemporary Approaches to Diet and Culture* (1980). Pleasantville, NY: Redgrave, 275-325.
- KAPLAN, A. y CARRASCO, S. (1999) *Migración, cultura y alimentación. Cambios y continuidades en la organización alimentaria de Gambia a Cataluña*, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- KARNOUOH, L. (2007) «À propos de la permanence et du changement dans la Cuba contemporaine: un essai sur la "Période spéciale"». *Outreterre*, 1 (18): 337-344.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1964) *Le Cru et le cuit*, Paris: Plon.
- MARTÍNEZ, O. (2005) «La tampra del libero commercio». *Caminos. Revista cubana de pensamiento socioteológico*, CMLK, 36: 45-51.
- MORIN, E. (1973) *Le paradigme perdu: la nature humaine*, Paris: Le Seuil.
- OSSIPOW, L. (2000) «Dans la cuisine des immigrants: Alimentation et acculturation en Suisse». En COURBEAU, J.-P., (Coord.) *Cuisine, alimentation, métissage*, Bastidiana, 31-32: 243-256.
- POULAIN, J.-P. (2002) *Sociologies de l'alimentation*, Paris: PUF.
- RAULIN, A. (2000) *L'ethnique est quotidien: Diasporas, marchés et cultures métropolitaines*, Paris: L'Harmattan.
- TIBÈRE, L. (2006) «Manger créole». *Ethnologie française*, XXXVI (3): 509-517.
- VÁSQUEZ DÍAZ, R. (2004) *Saveurs de Cuba*, Paris: Calmann-Lévy.



# HISTORIA Y POLÍTICAS ALIMENTARIAS



EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:  
CUANDO LA ALIMENTACIÓN ESPAÑOLA ERA SATISFACTORIA  
(1961-1972)

Josep Xavier Esplugues Pellicer

Eva María Trescastro López

*Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina  
Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia*

*Universidad de Alicante*

*Campus de Sant Vicent del Raspeig.*

*Ap 99. E-03080 Alacant*

*josep.esplugues@ua.es*

*eva.trescastro@ua.es*

*Resumen: La transición nutricional y alimentaria de la población española se completó a finales del siglo xx. En 1961, los acuerdos del régimen franquista con los Estados Unidos y el soporte económico de FAO y UNICEF permitieron poner en marcha el Programa de Educación en Nutrición y Alimentación (EDALNU), el cuál pretendía planificar una adecuada educación en alimentación, fomentar hábitos nutricionales saludables y estimular el consumo de productos locales.*

*Palabras clave: Educación Nutricional, Educación en alimentación y nutrición, Educación nutricional comunitaria, Educación sanitaria en alimentación y nutrición, Programa EDALNU (Educación el Alimentación y Nutrición).*

*Abstract: The Spanish population's nutritional and alimentary transition was complete by the end of the 20<sup>th</sup> century. In 1961, agreements between the Franco regime and the United States, together with economic aid from the FAO and UNICEF, enabled the implementation of the Nutritional and Alimentary Educational Programme (EDALNU). The aims of this programme were to de-*

*sign an appropriate alimentary education, promote healthy eating habits and encourage the consumption of local produce.*

*Keywords: Nutritional Education, Alimentary and Nutritional Education, Community Nutritional Education, Health Education in Food and Nutrition, EDALNU Programme (Programa de Educación en Nutrición y Alimentación - Nutritional and Alimentary Educational Programme).*

### *Introducción*

La población española fue consolidando su proceso de transición nutricional y alimentaria a lo largo de la pasada centuria. Los problemas asociados a la desnutrición fueron superados en las décadas centrales del siglo, y aparecieron, progresivamente, los factores de riesgo y las enfermedades relacionadas con la sobrealimentación actual (Moreno, Sarría y Popkin, 2002; Cussó y Garrabou, 2007). El aumento de la prevalencia y la incidencia a escala mundial de la obesidad la está convirtiendo en uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI. Esta preocupación se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas, como las patologías cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer. De forma que, a mayor obesidad, mayores cifras de morbilidad y mortalidad por estas enfermedades (OMS, 2002). La preocupación creciente por este problema hizo que los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pidieran que se elaborara una estrategia mundial para combatir la epidemia del sobrepeso y obesidad. Por ello, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OMS, 2004).

En la población adulta española (25-60 años) el índice de obesidad es del 14,5%, mientras que el sobrepeso asciende al 38,5%. La prevalencia se incrementa a medida que aumenta la edad de las personas, alcanzando la primera de ellas cifras del 21,6% y del 33,9% en hombres y mujeres de más de 55 años, respectivamente (Aranceta *et alii*, 2003). El porcentaje de adultos obesos españoles se sitúa en una posición intermedia dentro de los países europeos. En cambio, en lo que se refiere a la población infantil ocupa uno de los puestos más

elevados, solo comparable a la de otros países mediterráneos. Así, la prevalencia de la obesidad de los niños españoles de 10 años solo es superada, en el ámbito europeo, por los niños de Italia, Malta y Grecia (Serra *et alii*, 2003). Ante el alarmante fenómeno de la obesidad, sobre todo por su incidencia en la infancia, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en el año 2005 la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). La meta general era fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de los casos de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas (MSC, 2005).

El interés sanitario por el problema de la alimentación en la sociedad y la medicina españolas no es una novedad del siglo XXI; en realidad, se fue configurando en las primeras décadas del pasado siglo (Serra y Bautista, 2007; Bernabeu, Esplugues, Galiana y Moncho, 2008; Bernabeu, Barona y Perdiguero, 2008). En el primer tercio del siglo XX, etapa pretransicional, la población española practicaba una alimentación media muy alejada del tipo higiénico, especialmente en las clases más desfavorecidas. Se trataba de una malnutrición por defecto en la que las deficiencias más graves y frecuentes guardaban relación con una insuficiencia en la ingesta de proteínas animales, que resultaba todavía más preocupante cuando coincidía con etapas de crecimiento y desarrollo orgánico, además de la gestación y la lactancia. Frente a la ausencia de cuadros clínicos como los que solían acompañar a las grandes avitaminosis, en muchas regiones españolas se presentaban afecciones oculares y dentarias que resultaban indicativas de carencias relativas a vitaminas y minerales, y explicaban la presencia del raquitismo, entre otras patologías, por déficits alimentarios.

En este contexto, las políticas de salud en materia de nutrición alcanzaron un importante grado de institucionalización, sobre todo a partir de la II República y las reformas que se impulsaron (Bernabeu, Esplugues y Galiana, 2007; Bernabeu, Esplugues, Galiana y Moncho, 2008). Las políticas sanitarias, en materia nutricional, se encaminaban en la línea de conseguir que la población española, principalmente la clase trabajadora, dispusiese de raciones alimenticias que fuesen adecuadas desde el punto de vista higiénico y, además, accesibles económicamente. La Escuela Nacional de Sanidad, sobre todo a partir de 1931, planteó la necesidad de educar a la población, debido a las

deficiencias cualitativas y cuantitativas que mostraba la alimentación de los españoles. Se apostaba por una educación constante y eficaz, principalmente entre las amas de casa de las clases más humildes, que permitiese conjugar calidad nutricional y precio en el momento de plantearse el suministro de alimentos.

Sin embargo, el proceso de transición nutricional que estaba viéndose la población española (Bernabeu, Esplugues, Galiana y Moncho, 2008) se vio interrumpido de forma negativa por el impacto de la Guerra Civil y, fundamentalmente, por los duros años de posguerra (Del Cura y Huertas, 2007). Entre finales de los años treinta y la década de los cuarenta aparecieron importantes problemas de malnutrición, sobre todo raquitismo y afecciones oculares (problemas secundarios debido a deficiencias en calcio, vitamina D, A y B2), aunque con desigualdades regionales.

Los primeros años del régimen franquista desviaron la atención sanitaria hacia los ámbitos más asistenciales (Bernabeu, 2007). El interés por los problemas de alimentación y nutrición comunitaria se recuperaría en los años cincuenta, a partir de los acuerdos internacionales con los Estados Unidos, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

### *El programa de Educación en Nutrición y Alimentación (EDALNU)*

Durante las décadas de 1950 y 1960 la firma de convenios y acuerdos internacionales permitió recuperar actividades de nutrición comunitaria y poner en marcha programas de educación nutricional. En 1954 se crea el Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición (SEAN), dentro del entonces Ministerio de Educación Nacional (Casado, 1967: 195), un organismo destinado a distribuir la denominada Ayuda Social Americana. El 11 de junio de 1954 el Ministerio de Asuntos Exteriores creó la Comisión Interministerial de Auxilio Internacional a la Infancia, para administrar, dirigir y desarrollar en España los programas de ayuda a la infancia y la «sociedad económicamente débil» [*sic*]. El programa, en un principio, fue administrado por la citada Comisión Interministerial, pero la ejecución recayó en el SEAN, perteneciente a la Dirección General de Enseñanza Primaria (López, 1972: 951). Los excedentes alimentarios de los Estados Unidos y Canadá que dieron

lugar al programa de Ayuda Social Americana distribuyeron más de 400.000 toneladas de alimentos hasta mediados de los años sesenta, de los que más de la mitad fueron de leche en polvo, que se destinaron fundamentalmente a ayudas familiares a través de Cáritas Española. El SEAN recibió 66.159 toneladas, que canalizó hacia la población escolar como complemento alimenticio de los comedores escolares (Casado, 1967: 201).

En 1961 se pone en marcha el programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), en virtud de un convenio entre el gobierno español y los organismos internacionales de la FAO y la UNICEF, gracias a la puesta en marcha de las relaciones entre la UNICEF y el régimen franquista en mayo de 1954, y al Documento de Adhesión de España a la FAO, firmado en enero de 1951 (López, 1972: 951). El objetivo del programa EDALNU era la mejora del nivel nutricional de la familia española a través de la difusión de los conocimientos en alimentación, la promoción de mejores hábitos alimentarios, sobre todo en la infancia, y, además, la estimulación del consumo de alimentos locales (López, 1972: 953). De esta manera se podía conseguir una alimentación adecuada desde el punto de vista nutricional en los parámetros de la «dieta racional» (Díaz y Gómez, 2008), pero manteniendo unos hábitos alimentarios arraigados en la cultura y la tradición autóctonas, siendo éste el sentido y el interés que tenía el mantener la forma propia de alimentarse (Bernabeu, 2011).

Para la realización de estos objetivos fue necesario la colaboración de diferentes ministerios y organismos: la Dirección General de Sanidad (sanitarios locales), el Ministerio de Agricultura (a través de su Servicio de Extensión Agraria), la Delegación Nacional de la Sección Femenina de Falange Española y de las J.O.N.S. y los Centros de Cultura Popular y Promoción Femenina de Acción Católica, además de la Dirección General de Enseñanza Primaria, que asumía la coordinación a través del SEAN (Casado, 1967; López, 1972).

Se creó, en 1964, una dirección operativa, con cinco departamentos dependientes: el de Nutrición (dirigido por un médico especialista en la materia), el de producción de Alimentos (dirigido por un ingeniero agrónomo), el de Economía Doméstica, el de Psicopedagogía y el de Asuntos Generales. Un año después se crea la oficina técnica del programa de Educación en Alimentación y Nutrición (OTEAN), que inicialmente dependía de la Comisión Interministerial de Auxilio

Internacional a la Infancia y que, tras haber transcurrido una década desde su creación, se había reestructurado y renombrado como Comisión Interministerial de Bienestar Infantil y Social (CIBIS), que ahora dependía del Ministerio de la Gobernación (Decreto 1788/1965).

Los campos de actuación coordinada se establecieron sobre cuatro pilares fundamentales:

- La educación, promocionando la instauración de buenos hábitos de consumo. La enseñanza de la alimentación procuraba al alumno conocimientos sobre alimentación y nutrición; además, a través de los comedores escolares se les proporcionaba el complemento alimenticio (un vaso o un botellín de leche).
- La prevención de enfermedades (carenciales) mediante la intervención de los médicos rurales y los Servicios Materno-Infantiles de la Dirección General de Sanidad.
- La producción de alimentos. El Servicio de Extensión Agraria impulsaba la producción de alimentos protectores y la implantación, cuando procedía, del huerto y granja familiares (fuentes de proteínas y vitaminas).
- La divulgación de conocimientos alimenticios y técnicas culinarias adecuadas en el ámbito familiar. La Sección Femenina y los Centros de Cultura Popular, de Acción Católica, actuaban como difusores de los conocimientos en el ámbito doméstico, capacitando a las madres de familia en los métodos de preparación de los alimentos de forma apropiada, además de sencillas normas de nutrición.

#### LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA EDALNU

Para poder desarrollar los objetivos del Programa EDALNU la oficina técnica creó un Cuerpo de Profesores en diferentes niveles formativos (diplomados e iniciados de Educación en Alimentación y Nutrición). La figura del diplomado EDALNU se debe a D. Justo Pintado Robles, inspector de enseñanza y responsable inicial de los convenios de colaboración con UNICEF. Previamente a la institucionalización de la formación en alimentación y nutrición, en 1963 se preseleccionaron un centenar de personas, un maestro nacional por cada provincia, instructoras sanitarias (enfermeras visitadoras), médicos salubristas y

personal del Servicio de Extensión Agraria, cuya formación era o bien la veterinaria o bien la ingeniería agrónoma (aproximadamente diez jefes de zonas de Andalucía y Castilla la Vieja [actual Castilla y León], entre otras grandes áreas agropecuarias). Este curso inicial se prolongó a lo largo del invierno de 1963-1964 y fue impartido por personal de la FAO, la UNICEF y la OMS. También participaron profesionales de la Escuela Nacional de Sanidad, además de personal del Servicio de Extensión Agraria, entre otros. En definitiva, se trató de un programa multisectorial. Los maestros formados en este primer curso fueron destinados a las inspecciones provinciales, donde se dedicaron a instruir a otros maestros de primaria, además de organizar y orientar los comedores, desarrollar huertos y granjas escolares y supervisar las colonias de vacaciones, así como la distribución del complemento alimenticio (principalmente la leche en polvo). Tres maestros diplomados EDALNU, Pilar Espí, Bonifacio Alonso y Consuelo López, fueron enviados a la Universidad de Río Piedras de San Juan de Puerto Rico, que contaba con un acreditado departamento de Nutrición (no en vano figuraba entre sus docentes la doctora Roberts, que había diseñado las dietas de emergencia de los soldados norteamericanos de la II Guerra Mundial). También se impartían cursos internacionales por parte de personal de la FAO (Dr. José Góngora Argote) y de la OMS (Drs. John Kibani, Rueda Williamson y Paul Lumbent, principalmente).

La maestra Consuelo López Nomdedeu, tras finalizar su estancia en Puerto Rico, fue integrada en la recién creada Oficina Técnica de Educación en Alimentación y Nutrición. El cargo de director recayó en el Dr. Palacios Mateos, que al mismo tiempo era el jefe del servicio de Endocrinología y Nutrición del, por entonces, Hospital Francisco Franco, en la actualidad Hospital Gregorio Marañón.

#### LA ACTIVIDAD DEL PROGRAMA EDALNU

La primera función a desarrollar consistió en averiguar el estado nutricional de la población española. López Nomdedeu y otros profesionales se dedicaron a realizar encuestas en diferentes lugares de España. Las poblaciones de Belinchón (Cuenca), Moraira (Alicante), Pinarejos (Segovia) y Puerto de Santa Cruz (Cáceres), además de las Islas Canarias (Hierro y Tenerife en dos ocasiones) fueron analizadas mediante el sistema de inventario y compras (Palacios, Vivanco y Alonso, 1972;

López, 1984-b). En la visita domiciliaria no solo se preguntaba por el consumo de alimentos sino también por la cultura alimentaria de la población, la preparación de los diferentes platos, la distribución de los comestibles en el hogar, los cultivos más habituales, estacionalidad de los productos, etc. Se reforzaba así el interés del programa por conocer la cultura alimentaria de la población y entender de esta forma las preferencias alimentarias y su influencia en la elección de los alimentos que componían la dieta (Contreras y Gracia, 2008).

También se tenía en cuenta el presupuesto familiar y el ingreso medio de cada familia, los costes en el mercado local de los productos más utilizados o demandados, y además se anotaba la existencia de huertos o animales domésticos (o el consumo de pescado, en el caso de Moraira) que pudieran contribuir a la alimentación de la familia (Esplugues, Fornés, Banyuls y Ronda, 2009).

Dentro de este ambicioso diagnóstico de situación se procedió a la talla de la población española en edad escolar, desde los 4 hasta los 14 años; concretamente, se analizaron 76 municipios de toda la Península y archipiélagos, cuyos resultados permitieron obtener el patrón de crecimiento de los niños españoles normales (García, Fernández y Palacios, 1972).

La parte investigadora se complementaba con una no menos importante actividad docente: la creación de los diplomados en el programa EDALNU. Cada organismo participante en la oficina técnica seleccionaba grupos de personas a los que se les impartía un curso de varios meses de duración, tras el cual recibían el título de Diplomado EDALNU. Estos profesionales, a su regreso a los lugares de origen, elegían otros grupos de alumnos a los que impartían un cursillo de quince días de duración, superados los cuales recibían el nombramiento de Iniciados en el Programa. Estos últimos actuaban directamente sobre la población diana, principalmente las amas de casa, y en la educación primaria, además de en las granjas-escuela, las colonias de vacaciones, etc. (Palacios y López, 1982). También se realizó una educación continuada para la población general en cuestiones de alimentación. En 1966 habían recibido algún tipo de capacitación 8.222 personas, existían 5.740 centros con comedor escolar, 404 huertos escolares, 110 granjas escuelas y 432 «clubs escolares» (Casado, 1967: 196).

Esta actividad formativa se completaba con la edición de abundante material de apoyo didáctico; no solo libros de texto, sino que

también se realizaron diapositivas, pósters e incluso una película. Los manuales para los diplomados EDALNU se dividían en dos grandes grupos temáticos: aquellos directamente relacionados con la nutrición y los de economía doméstica. Respecto a la nutrición se insistía, como era de esperar, en los conceptos de alimentación y nutrición, en la composición de los alimentos y su clasificación, los principios inmediatos, las vitaminas y minerales y los siete grupos de alimentos (rueda de la alimentación). Pero, además, en la línea de consideraciones anteriores sobre el interés que se otorgaba a otros elementos «extranutricionales» que pudieran influir en los cambios o motivaciones de las preferencias alimentarias (González 1996; Cantarero, 2002; Durá, 2006; Contreras y Gracia, 2008) se daba importancia al acervo de las recetas autóctonas y tradicionales, al análisis del valor nutritivo de los platos típicos españoles o a como elaborar una paella valenciana, por ejemplo (López, 1976). En el contexto español, esta forma de actuación, aparentemente novedosa, tuvo su antecedente en la Escuela Nacional de Sanidad, cuando se intentó determinar el valor nutritivo de diversos platos y productos nacionales, como por ejemplo el cocido, «genuina forma de alimentación de las clases más humildes en la comida del mediodía» (Hernández y Bernabeu, 2010). También se instruía en el cálculo de las necesidades alimentarias y en el manejo de las tablas de composición de los alimentos.

Por otra parte, las lecciones de economía doméstica se concretaban en cinco capítulos fundamentales: ideas básicas de nutrición para conseguir una dieta equilibrada; selección, compra y almacenaje de alimentos de forma adecuada, preparación de los alimentos (cómo conservar las propiedades nutritivas de los mismos), sistemas de conservación doméstica y un apartado complementario en el que se insistía en la optimización de recursos económicos y gestión del tiempo (Palacios y López, 1982).

Los diplomados e iniciados en el programa EDALNU eran los encargados de instruir a las amas de casa, pilar fundamental de la alimentación y la gestión doméstica de toda la familia. Para ello la economía del hogar no se centraba únicamente en la cocina, sino que «trataba de formar en el ama de casa buenos hábitos de trabajo, proporcionar criterios de orden y selección y, en general, ayudarla a resolver sus problemas con los recursos que tiene a su alcance» (López, 1976: 5). Se pretendía formar al ama de casa para llevar una familia, un hogar,

desde diversos aspectos. Se la enseñaba a manejar la casa y obtener los medios necesarios con los recursos disponibles, es decir, alimentarse mejor por menos dinero (López, 1984-a). Pero, por otra parte, también se la instruía en la gestión del trabajo y el tiempo, en planificar sus funciones y repartir adecuadamente su energía, para así evitar el agotamiento físico y psicológico (López, 1976). Podría resumirse en tres campos principales de actuación: la simplificación de las tareas domésticas, la eficiencia en el manejo de los presupuestos familiares y la selección de los alimentos y planificación de las comidas.

Por lo que se refiere a la simplificación del trabajo en el hogar, se enseñaba la distribución de las superficies de trabajo en la cocina, el tamaño y la forma de colocación de los elementos básicos (nevera, cocina, despensa, etc., además de un listado de mobiliario y utensilios de cocina mínimos y necesarios) y la mejor postura para realizar las actividades y así evitar sobrecargas musculares. Se complementaba con indicaciones sobre una adecuada limpieza de la cocina y de los utensilios.

El aspecto pecuniario era un apartado de gran interés para los responsables del programa. Se debía tener en cuenta el presupuesto familiar disponible, el número de miembros, la etapa en la que se encontraban (recién casados, con hijos pequeños, etc.), con la finalidad de optimizar los recursos, suprimiendo aquello no necesario y superfluo e incidiendo en los artículos básicos e imprescindibles.

La planificación de las comidas pretendía enseñar al ama de casa en la elaboración de un menú adaptado al presupuesto y a las necesidades básicas de la familia. Además, se realizaba una descripción de los alimentos, indicando sus características principales, formas de conservación en el hogar, de preparación, etc. Para ello los alimentos se agrupaban en carnes, huevos y pescados; patatas, legumbres y frutos secos; cereales, azúcar y dulces en general; las grasas; y, finalmente, un apartado con recetas y cómo medir los ingredientes.

Las tareas divulgativas se complementaban con la elaboración y difusión de fichas informativas sobre la alimentación en las distintas edades y circunstancias: la embarazada y lactante, la nutrición infantil (diferenciada en niños de 2 a 5 años, niños de 6 a 12 años y la adolescencia) y consejos para la salud de los ancianos.

Los últimos esfuerzos del Programa EDALNU, ya en los inicios de la década de los setenta, se centraron en los medios de comunicación

de masas: televisión, cine, radio y prensa. Se prepararon tres cuñas televisivas y una película, *La rueda de la alimentación*, que fue dirigida por Antonio Mercero y contó con la participación de la actriz María Garralón. El film condensaba una sencilla información de nutrición, señalando los defectos más frecuentes en la alimentación española (López, 1972).

#### LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDALNU

El programa EDALNU se convirtió en la mayor intervención en Nutrición Comunitaria que se había desarrollado en España hasta el momento. En el año 1970, después de un seminario con expertos de FAO-OMS y UNICEF, se preparó un informe de evaluación del programa español. No se trataba de una tarea fácil, pues hasta el momento no había experiencias anteriores (López, 1972: 954). Se prepararon unos formularios sobre cuestiones de alimentación que fueron aplicados a un millar aproximado de niños de diez años de edad distribuidos por las diferentes provincias españolas. También se desplazó un equipo de supervisión por distintas regiones para conocer sobre el terreno las actividades realizadas en comedores escolares, huertos, granjas, distribución del botellín de leche, enseñanza a las madres de familia, etc. Para determinar el nivel de instrucción de las amas de casa se preparó un formulario que fue aplicado a casi dos mil madres de familia, pertenecientes a 169 pueblos. Además, se completó la información con las estadísticas de consumo de alimentos desde 1962 hasta 1968 facilitadas por el Ministerio de Agricultura.

Los resultados fueron muy satisfactorios. El conocimiento en alimentación de los escolares era bueno, si bien solo 100.000 alumnos se habían beneficiado de esta enseñanza, pues el número de maestros iniciados en el programa todavía era limitado. Las respuestas de las madres de familia entrevistadas fueron positivas y bien orientadas, y mostraban interés por los problemas de nutrición. Su información la habían obtenido, principalmente, de los folletos de divulgación distribuidos masivamente por el programa, así como de los medios radiofónicos.

Por otra parte, de 1962 a 1968 se había producido a escala nacional un aumento destacado del consumo de leche, productos lácteos en general, carnes, huevos, fruta y azúcares. El consumo de pescados,

legumbres, verduras, arroz y pasta quedó estacionado; y disminuyó el consumo de patatas y de pan. Este resultado fue catalogado por los inspectores como satisfactorio, salvo en lo que se refiere al aumento del azúcar (fenómeno, por otra parte, propio de todos los países desarrollados) (López, 1972: 956). Consecuencia de estos resultados, las Naciones Unidas, a través de UNICEF, solicitaron a los dirigentes del Programa EDALNU ayuda técnica para realizar un Seminario de Comedores Escolares y Educación Nutricional para Argelia, Marruecos y Túnez, que, finalmente, se llevó a cabo en Madrid (López, 1972: 957).

En esta línea argumental, la explotación de la encuesta de presupuestos familiares de 1964-1965 mostraba que la población española cubría satisfactoriamente los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, con un perfil calórico que se ajustaba casi perfectamente a las recomendaciones internacionales; es decir, una aportación energética del 59% de hidratos de carbono, un 30% de lípidos y un 11% de proteínas (Villalbí y Maldonado, 1988).

#### LA DESACTIVACIÓN DEL PROGRAMA EDALNU

El programa EDALNU tuvo continuidad en el marco del Ministerio de Educación hasta que, en 1973, fue transferido a la Dirección General de Sanidad. Esta iniciativa de Nutrición Comunitaria «formalmente» nunca acabó, pero en la práctica se disolvió el Consejo Escolar Primario y los educadores en activo, diplomados en EDALNU, se integraron en las escuelas de régimen ordinario. La educación en materia de alimentación y nutrición dependió de la referida Dirección General de Sanidad hasta 1989, pasando posteriormente a la Dirección General de Educación Sanitaria, en el marco del Servicio de Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (Bengoia, 2006) y en la práctica las comunidades autónomas fueron absorbiendo competencias sanitarias, que incluían las relacionadas con la nutrición comunitaria. Realmente no existía un control estatal, una situación que se agravaba por la ausencia de un Instituto Nacional de Nutrición, que pudiese coordinar las políticas nutricionales.

La desactivación del Programa EDALNU adquiere cierta relevancia si tenemos en cuenta su coincidencia temporal con el incremento de los efectos no deseados de la transición nutricional española. A finales de los años sesenta el consumo alimentario era idóneo, era

proporcionado. Es a partir de los años setenta cuando empiezan los problemas postransicionales asociados a la abundancia. Localidades como Moraira habían empeorado en cuanto a la buena nutrición, se había iniciado la destrucción del territorio, la edificación se había intensificado masivamente, las madres e hijas trabajaban y, así, tenían que comprar alimentos que se cocinaran rápidamente; y, consecuentemente, los hábitos alimentarios se deterioraron en muchos casos (Esplugues, Fornés, Banyuls y Ronda, 2009).

En la década de los ochenta se incrementó el consumo de calorías, azúcares y grasas. En 1987, los lípidos aportaban un 42% de la energía, la misma que los hidratos de carbono. Además, las proteínas de origen animal representaban el 65% de los 93,5 gramos de proteína consumida por persona y día (Varela, Moreiras y Carbajal, 1988). La influencia del sector turístico en la comida tradicional se tradujo en un menor consumo del aceite de oliva tradicional y en la utilización de grasas de adición menos saludables. Se empezó a comer fuera de casa y, progresivamente, la mujer se fue incorporado al mundo del trabajo, con lo que las compras resultaban menos organizadas, las comidas más rápidas y se empezaban a perder tradiciones culinarias más saludables pero de elaboración más compleja (Serra y Bautista, 2007: 189). La última década del siglo XX resultó todavía más traumática desde el punto de vista nutricional. Se incrementó el consumo de productos de elaboración industrial, como los destinados a aperitivos, postres, alimentos precocinados o listos para servir, bollería y pastelería; se realizaban más comidas fuera de casa, empezaron a proliferar los establecimientos de *fast food* y de máquinas de *vending*, además de incrementarse la publicidad de productos menos adecuados desde el punto de vista de la nutrición. Todo ello coincidió con la cultura del ocio sedentario (Serra y Bautista, 2007: 189). Consecuentemente, dio comienzo la epidemia de la obesidad, especialmente en la población infantil, como anotamos en la introducción.

Frente al panorama que acabamos de describir, ha aumentado de forma paralela el interés por la nutrición comunitaria debido al aumento del riesgo cardiovascular y la obesidad, atribuidos ambos a hábitos alimentarios y de actividad física cada vez menos saludables. Al mismo tiempo, se ha recuperado el interés por la dieta mediterránea, que se ha convertido en el referente al que hay que dirigirse, a pesar de las grandes dificultades que suponen los cambios de hábitos alimentarios.

### *Conclusiones*

El programa EDALNU se convirtió en la actividad más organizada en Nutrición Comunitaria que se había realizado en España hasta la fecha. El complemento de formación en la escuela, por medio de los maestros directamente implicados en la docencia, junto con la intervención en el hogar, constituyeron sus pilares fundamentales y operativos. Sus efectos se intensificaron en los últimos años de vigencia por medio de cuñas radiofónicas y mensajes televisivos. Sin embargo, el cambio de adscripción administrativa de Educación a Sanidad parece que fue determinante para que se desaceleraron los logros conseguidos.

La divulgación de hábitos de vida saludables y de una adecuada educación nutricional resultó fundamental para mejorar la salud de la población. Cabe destacar, así mismo, la atención que prestó el programa a las tradiciones culinarias y alimentarias, y a la necesidad de integrarlas en el mensaje educativo para conseguir una alimentación más correcta y equilibrada. El análisis del programa EDALNU nos ha aportado valiosos elementos de reflexión en el momento de diseñar estrategias y políticas nutricionales que tengan en cuenta el contexto sociocultural en el que se desarrollan, y que promuevan formas de alimentarse saludables, como ocurre con la recuperación de la llamada «dieta mediterránea», tal y como se refleja en la Estrategia NAOS.

### *Agradecimientos*

Este trabajo es fruto de la inestimable colaboración de la profesora Consuelo López Nomdedeu, Diplomada EDALNU y responsable del programa, que fue entrevistada el 22 de mayo de 2007. Se ha desarrollado en el marco de los proyectos de investigación «La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)» (HAR2009-13504-C02-01), el Programa Prometeo de la *Generalitat Valenciana* (Referencia: Prometeo/2009/122) y la beca Predoctoral del Programa de Formación de Profesorado Universitario (FPU/AP2008-03309) del Ministerio de Educación.

*Bibliografía*

- ARANCETA, Javier; PÉREZ RODRIGO, Carmen; SERRA MAJEN, Lluís; RIBAS BARBA, Lourdes; QUILLES IZQUIERDO, Joan; VIOQUE, Jesús; TUR MARÍ, Josep; MATAIX VERDÚ, José; LLOPES GONZÁLEZ, Juan; TOJO, Rafael y FOZ SALA, Màrius (2003) «Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO 2000». *Med Clin Barc*, 120: 608-612.
- BENGOA LECANDA, José María (2006) «Historia de la nutrición en salud pública». En: SERRA MAJEM L. y ARANCETA BARTRINA J. (eds.) (2006) *Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Editorial Masson.
- BERNABEU MESTRE, Josep (2007) *La salut pública que no va poder ser. José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània*. València: Consell Valencià de Cultura.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier y GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia (2007) «Antecedentes históricos de la nutrición comunitaria en España: los trabajos de la Escuela Nacional de Sanidad, 1930-1936». *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5, septiembre-octubre): 451-459.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; ESPLUGUES, Josep Xavier; GALIANA, María Eugenia; MONCHO, Joaquín (2008), «Food, nutrition and public health in contemporary Spain, 1900-1936». *Food and History*, 6(1):167-191.
- BERNABEU MESTRE, Josep; BARONA VILAR, Josep Lluís y PERDIGUERO GIL, Enrique (2008) «Alimentación y políticas de salud en la España contemporánea». En: ORTIZ GÓMEZ, T. *et alii* (eds.) (2008) *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. Granada: Universidad de Granada.
- BERNABEU MESTRE, Josep (2011), «La Dieta Mediterránea desde la perspectiva histórica y cultural». En: VARELA, Gregorio y SILVESTRE-CASTELLÓ, Dolores (eds) (2008). *¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI?*. Madrid: Instituto Tomás Pascual/ Universidad CEU San Pablo (en prensa).
- CANTARERO, L (2002) «Preferencias alimentarias y valores de los «neorrurales». Un estudio en Aineto, Ibort y Artosilla en el serrablo osense». En: GRACIA ARNAIZ, M (coord.) (2002) *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Editorial Ariel.

- CASADO, Demetrio (1967) *Perfiles del hambre*. Madrid: Edicusa.
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús y GRACIA ARNAIZ, Mabel (2008) «Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud». En: DÍAZ MÉNDEZ, C y GÓMEZ BENITO, C (coords.) (2008) *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.
- CUSSÓ SEGURA, Xavier y GARROBOU SEGURA, Ramón (2007) «La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres». *Investigaciones de Historia Económica*, 7: 69-100.
- DEL CURA, Isabel y HUERTAS, Rafael (2007) *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. Madrid: CSIC.
- DÍAZ MÉNDEZ, Cecilia y GÓMEZ BENITO, Cristóbal (2008) «Evolución de las recomendaciones institucionales sobre salud y alimentación». En: DÍAZ MÉNDEZ, C y GÓMEZ BENITO, C (coords.) (2008) *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.
- DURÁ TRAVÉ, T (2006) «Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil», *Nutr Hosp*, 21:307-312.
- ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier; FORNÉS OLIVER, Rosa E.; BANYULS PÉREZ, Antoni y RONDA ABAD, M<sup>a</sup> Carme (2009) En: GUILLEM-LLOBAT, Ximo y GARCIA FRASQUET, Gabriel (2009) *Salut, alimentació i cultura popular al País Valencià*. Gandía: CEIC Alfons el Vell.
- GARCÍA ALMANSA, A.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.D. y PALACIOS MATEOS, J.M. (1972) «Patrones de crecimiento de los niños españoles normales», *Rev San Hig Pub*, 46: 1083-1092.
- GONZÁLEZ TURMO, I (1996) «Introducción. Modelos ideales y realidad en alimentación». En: GONZÁLEZ TURMO, I y ROMERO DE SOLÍS, P (Eds.) (1996) *Antropología de la alimentación: Nuevos ensayos sobre la dieta mediterránea*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- HERNÁNDEZ Josefa Sonia, BERNABEU Josep (2010), «Antecedentes históricos de la actividad dietética en España: los trabajos del Laboratorio de Higiene de la Alimentación de la Escuela Nacional de Sanidad (1932-1936)». *Act diet*, 14(1): 32-38.
- LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo (1972) «El programa español de Educación en Alimentación y Nutrición». *Rev San Hig Pub*, 46: 951-958.
- LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo (1976) *La economía Doméstica actual. Manual para Diplomados del programa de Educación en Alimentación y Nutrición*. Madrid: Gobierno Español (CIBIS-FAO-UNICEF)

- LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo (1984-A) *Charlas directas a la población* (folleto de divulgación). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo (1984-B) «Encuesta realizada en la zona rural española sobre consumos de alimentos a nivel familiar obtenidos por el sistema de inventarios y compras», *Rev San Hig Pub*, 58: 119-146.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005) *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.
- MORENO, L.A., SARRÍA, A. y POPKIN, B.M. (2002) «The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country». *European Journal of Clinical Nutrition*, 56: 992-1003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) *Informe sobre la salud en el mundo, 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra.
- PALACIOS, Juan Manuel, VIVANCO, FRANCISCO y ALONSO BONIFACIO (1972) «Encuestas rurales de Alimentación y Nutrición», *Rev San Hig Púb*, 46: 959-1081.
- PALACIOS MATEOS, Juan Manuel y LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo (1982) *Manual del iniciado en el Programa de Educación en Alimentación y Nutrición*. Madrid: Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo).
- SERRA MAJEM, Lluís; RIBAS BARBA, Lourdes; ARANCETA BARTRINA, Javier; PÉREZ RODRIGO, Carmen; SAAVEDRA SANTANA, Pedro y PEÑA QUINTANA, Luis (2003) «Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000)», *Med Clin Barc*, 121: 725-732.
- SERRA MAJEM, Lluís y BAUTISTA CASTAÑO, Inmaculada (2007) «La nutrición en España», en FUNDACIÓN TRIPTOLEMOS y MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN (2007) *Como viviamos. Alimentos y alimentación en la España del siglo XX*. Madrid: Lunwerg.
- VARELA MOSQUERA, Gregorio, MOREIRAS-VARELA, Olga y CARVAJAL, Ángeles (1988) *Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.

VILLALBÍ, J.R. y MALDONADO R. (1988) «La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición». *Med Clin Barc*, 90: 127-130.

LA TRANSICIÓN DE LA MALNUTRICIÓN:  
EMERGENCIA DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

Isabel Castelló Botía<sup>1</sup>, Josep Bernabeu Mestre<sup>1</sup>,  
Carmina Wanden-Berghe<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>*Departamento de Enfermería Comunitaria, Salud Pública,  
Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia,  
Universidad de Alicante.*

<sup>2</sup>*Coordinadora de la Red para el estudio  
de la Malnutrición en Iberoamérica.  
Profesora en Nutrición y Dietética.*

*Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología  
Universidad Cardenal Herrera-CEU, Elche.  
Hospital Virgen de los Lirios de Alcoi.*

*Resumen: A lo largo del siglo xx la población española fue consolidando su proceso de transición nutricional y alimentaria. En las primeras décadas del siglo xx la población practicaba una alimentación media muy alejada del tipo higiénico, especialmente en las clases más desfavorecidas. A lo largo de las décadas de 1920 y 1930 las políticas de salud en materia de nutrición permitieron iniciar un proceso de transición que ayudó a superar algunas de aquellas deficiencias, pero que se vio interrumpido de forma negativa por el impacto de la Guerra Civil. En la década de 1970 se habían superado los problemas asociados a la desnutrición, la población española cubría satisfactoriamente los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, con un adecuado perfil calórico. Sin embargo, unos años después, el panorama nutricional ya estaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas en la alimentación, y se empezaba a intuir la epidemia de obesidad en España. Con la comunicación que presentamos, a partir de la revisión de los trabajos e investigaciones que se han ocupado de la transición nutricional y alimentaria en España y sus determinantes, se pretende profundizar en el análisis de dicho proceso, en los efectos no deseados de la transición y en*

*los factores que explican la emergencia de la obesidad con carácter epidémico.*

Palabras clave: *transición nutricional, obesidad, epidemia, malnutrición, España.*

Abstract: *Throughout the 20<sup>th</sup> century, the Spanish population started consolidating the nutritional and food transition. During the first decades of the 20<sup>th</sup> century, the Spaniard's average feedage was left far away from hygenic standards, especially among the low income classes. Between the 1920's and 1930's, the nutritional health policies enabled the arisal of a transition process that helped overcome some of these deficiencies, but was regrettably interrupted by the Civil War. In the 1970's the nutritional deficiency related problems were resolved; the population covered the energetic, proteic and most of the micronutrient requirements with an appropriate energy profile. However, several years later, the nutritional scene showed an excess feedage intake in calories, sugars and fats; foreshadowing an obesity epidemy in Spain. The purpose of this work is to review all the studies and research related to the Spanish nutritional and food transition as well as its determinants to deepen in the analysis of this process, the negative effect of this transition and the factors that explain the arisal of epidemic obesity.*

Keywords: *Nutrition Transition, obesity, epidemy, malnutrition, Spain*

*La superación de los problemas de desnutrición*

Durante el siglo xx la alimentación española sufrió numerosos cambios tanto económicos como políticos, sociales y culturales que arrastraron la nutrición de los españoles a la, al parecer, irremediable, transición nutricional y alimentaria que experimentaron o experimentarán el resto de países del mundo.

El comienzo de siglo, hasta la llegada de los años 20, supuso una prolongación de la situación de atraso que vivía España una vez abandonado el Antiguo Régimen. La población practicaba una alimentación media muy alejada del tipo higiénico, especialmente en las clases más desfavorecidas. Así, el estado de salud, como ocurría con otras regiones europeas, mostraba una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y un estado de desnutrición crónica (Bengoa, 2006: 53).

El interés de los sanitarios e higienistas españoles por el asunto de la alimentación estuvo centrado durante mucho tiempo en la búsqueda de dietas o raciones alimenticias que reuniesen todos los requisitos higiénicos, pero que fuesen accesibles a los presupuestos familiares de las clases obreras. Los trabajos, además de denunciar prácticas especulativas y el fraude alimentario, en particular en productos que, como en el caso del pan, resultaban fundamentales en la alimentación de las familias obreras (Úbeda, 1901: 34-36), ponían de manifiesto una diversificación socioeconómica de la ingesta calórica y de la calidad y características de los alimentos ingeridos (Giral, 1914, 1934: 123): «la alimentación grava de modo diferente a pobres y ricos [...]. Los primeros, obligados por la limitación de sus recursos, apenas pueden seleccionar los alimentos que más convienen a su esfuerzo muscular, con lo que el organismo se depaupera y la raza se degenera [...]. El rico, con amplio margen para la selección, cae en el sibaritarismo de la mesa y la predisposición a ciertas enfermedades (diabetes, artritis-mo, etc)».

A lo largo de las décadas de 1920 y 1930, las políticas de salud en materia de nutrición permitieron iniciar un proceso de transición que ayudó a superar algunas de aquellas deficiencias (Bernabeu, Pellicer, Galiana, 2007). La coyuntura española de la época, sin embargo, no permitió que todos estos avances tuvieran lugar, ya que se vieron interrumpidos por el impacto de la Guerra Civil (Bengoa, 2006: 108).

Las décadas de 1920 y 1930 resultaron claves para el desarrollo de la salud pública española. Se alcanzaron, de modo particular durante el período de la II República, las mayores cotas de institucionalización (Bernabeu-Mestre, 2007; Bernabeu-Mestre, Barona, 2008). En aquel contexto, que no puede aislarse de lo que estaba ocurriendo en el contexto sanitario internacional en materia de alimentación y nutrición (Barona, 2007: 253), hay que situar los principales antecedentes en relación con la institucionalización de la nutrición comunitaria española y, más concretamente, las actividades que se generaron desde la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, a través de su Sección de Higiene de la Alimentación y de la Nutrición, entre 1930 y 1936 (Bernabeu, Esplugues, Galiana, 2007: 451).

Siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Higiene de Ginebra, y más concretamente las emanadas del Comité de Expertos en Nutrición reunido en Roma en 1932 (Jiménez, Jiménez, 1934: 25), las investigaciones desarrolladas por la Escuela Nacional de Sanidad aplicaron dos tipos de metodología: hacer el cálculo partiendo de las cantidades consumidas de cada alimento en todo el país, o bien conocer exactamente, mediante encuestas alimentarias, lo que comían un número determinado de individuos para calcular así la ración media (Carrasco, 1934: 8).

Con el método de la encuesta alimentaria se abordó el estado nutricional de la provincia de Jaén (Jiménez, Jiménez, 1934: 29-33). De acuerdo con lo que suele ser una constante en las transiciones nutricionales y alimentarias (Nicolau, 2005: 26), los resultados pusieron de manifiesto que la clase acomodada adulta ingería una dieta hiperproteica, y la base de su alimentación la formaban la leche, los huevos y la carne —y de ésta, abundante de cerdo—. Al no consumir vegetales la alimentación, además de hipernitrogenada, resultaba hiperurínica, con las consecuencias que ello podía tener sobre las arterias, riñón, etc., con derivaciones hacia reuma, diabetes u obesidad (Jiménez, Jiménez, 1934: 29).

La clase media adulta ingería una alimentación más higiénica que la clase acomodada. Consumían menos proteínas, lo que suplantaban por harina y pan. Aunque tomaban vegetales, lo hacían en poca cantidad. Por su parte, la clase obrera adulta era la que mostraba una situación más preocupante. Un porcentaje elevado (cercano al 80 %) no tomaba ni carne, ni huevos, ni leche, y su base de alimentación era

el pan y los alimentos «feculentos». Los porcentajes de consumo de alimentos ricos en proteínas aumentaban ligeramente en los pueblos grandes y en la capital, por la mayor accesibilidad a los mismos en los núcleos urbanos (Nicolau, 2005: 25), pero disminuían en el campo, donde en muchas localidades los alimentos «feculentos» eran la única fuente de ingreso energético y plástico. Los pescados eran consumidos algo más por la clase obrera, sobre todo el bacalao en salazón (Jiménez, Jiménez, 1934: 30).

Por lo que se refería a la población infantil (Jiménez, Jiménez, 1934: 30-31), el estudio sobre la provincia de Jaén ponía de manifiesto que eran los niños de clase acomodada los únicos que cubrían sus necesidades de alimentación de manera higiénica. En los niños de clase media disminuía la cantidad de proteínas, supliéndolas con alimentos «feculentos», además de abusar del café como desayuno en sustitución de la leche. Con todo, los autores del estudio consideraban que estos niños recibían una alimentación aceptable desde el punto de vista higiénico. Eran los niños de la clase trabajadora los que presentaban una situación más crítica. La mayoría no tomaba los alimentos mínimos y necesarios para asegurar su correcto desarrollo: «niños de ocho a catorce años, en pleno desarrollo y crecimiento, sin recibir ni un tercio ni nada de albúminas animales durante meses enteros, les afectará grandemente no solo para su desarrollo y talla, sino también para el aumento de enfermedades que podrían resistir y la aparición de otras larvadas y poco conocidas (enfermedades carenciales), que pongan su organismo en débiles condiciones de inferioridad» (Jiménez, Jiménez, 1934: 31). La situación de los niños de clase obrera se agravaba por el consumo de vino y aguardientes, sustancias que entraban de lleno en su alimentación, de forma particular en el desayuno, acompañando al pan.

Carrasco Cadenas también inició una investigación por medio de fichas semanales donde anotaba, alimento por alimento, las cantidades exactas compradas y consumidas en cada familia durante la semana que duraba la investigación, aunque los resultados que ofrecía tenían la condición de preliminares, por lo que otorgaba más validez a los obtenidos a partir de las cantidades generales de los principales alimentos consumidos en España (pan, aceite, patatas, carne, azúcar, leche y garbanzos). Por las cantidades de alimentos calculados se alcanzaba un total de 1.876 calorías cada veinticuatro horas, por debajo,

por tanto, de la cifra calórica necesaria (2.000 a 3.500 calorías), alcanzándose dicha cifra con otros alimentos que no resultaban de consumo tan general (Carrasco, 1934: 12-15). El consumo de pan aseguraba el aporte hidrocarbonado, pero comportaba un déficit de proteínas, especialmente de proteínas completas en aminoácidos esenciales, así como un déficit en vitaminas y minerales. El aceite aseguraría el aporte de grasas y tendría valor en vitamina antirraquítica, tal como habían puesto de manifiesto el mismo Carrasco y sus colaboradores en el caso del aceite andaluz (Carrasco, 1933: 1-22). La patata aumentaría el predominio hidrocarbonato de la dieta que ya venía marcado por el pan; de modo parcial, aportaba también algunos aminoácidos esenciales y muy probablemente vitaminas del grupo B y C. La carne mostraba un verdadero interés sanitario, no tanto porque homogéneamente se consumía poca cantidad, sino porque, como recordaba Carrasco, probablemente eran varios millones los españoles que no comían carne o lo hacían en ocasiones extraordinarias. Otro tanto ocurría con la leche, consumida sobre todo desde su condición de alimento medicina en caso de enfermedad.

Todos estos trabajos ponían de manifiesto (Giral, 1934: 121-139; Carrasco, 1934: 5-24) que en España, especialmente en las clases más pobres, se practicaba una alimentación media muy alejada del «ideal higiénico»; y que la insuficiencia de proteínas se presentaba como la más grave de las deficiencias, sobre todo cuando coincidía con épocas de desarrollo y crecimiento del organismo, sin olvidar las carencias en el aporte animal y vitamínico. Para abordar estos problemas, además de insistir en tareas educativas —divulgación de presupuestos alimenticios capaces de asegurar una ración perfecta del modo más económico—, se propuso, de acuerdo con las directrices de los organismos sanitarios internacionales (Barona, 2008: 87), la creación de un Instituto Nacional de Higiene de la Alimentación (Carrasco, 1934: 101).

Durante la Guerra Civil, y particularmente en la posguerra, el estado nutricional de la población española se vio seriamente deteriorado, como pusieron de manifiesto los estudios que se llevaron a cabo en los años 40 por Isabel del Cura y Rafael Huertas (Cura, Huertas, 2007).

A finales de la década de 1940 se describía un panorama nutricional marcado por un bajo aporte calórico, un aporte de proteínas dominado por las proteínas vegetales, y un déficit de calcio y de vi-

taminas A y B<sub>2</sub>. Entre los años 1956-1961 se realizaron estudios sobre la alimentación española desde la Escuela de Bromatología. Los resultados de aquellas investigaciones ponían de manifiesto que un 10% de la población sufría un aporte calórico insuficiente, mientras que un 40% consumía un exceso de calorías. La ingesta de proteínas totales era adecuada, la mayor parte de las cuales seguía siendo de origen vegetal. Se mantenían, así mismo, unos importantes déficits en vitaminas B<sub>2</sub> (64% de la población), A (49% de la población) y C (33% de la población); calcio (30%) y ácido nicotínico (26%), y se apreciaba un claro gradiente socioeconómico en el contenido en proteínas animales y vitaminas, siendo los estratos peor alimentados el peonaje agrícola y los obreros industriales. De hecho, en las encuestas rurales de alimentación y nutrición que se llevaron a cabo en los años 1962-1969, aunque no se apreciaba un déficit calórico proteico en las medias de consumo, se seguía constatando que en aquellos ambientes rurales la mayor parte de las proteínas eran de origen vegetal, con una baja ingesta de calcio, que afectaba a la mayor parte de la población (Gracianni, 1988: 128).

A finales de la década de 1950 y principios de la de 1960 la existencia de presupuestos familiares insuficientes se traducían, en muchos casos, en un desfase entre los precios y las rentas, lo que conducía a la carestía de la vida y la permanente búsqueda de dietas equilibradas de mínimo coste (Barbacho, 1956: 122), que en muchos casos eran desconocidas para las amas de casa, o no las ponían en práctica, con lo que su utilidad fue nula. Las familias de alto nivel económico realizaban un mayor gasto debido a que los alimentos eran de mejor calidad y, por tanto, de mayor precio, aunque esto no garantizase una nutrición adecuada. A todo esto había que sumarle diversas facetas de indudable importancia socioeconómica y nutricional, como los fenómenos de estructura, las variaciones alimentarias, las pautas culinarias, el horario, la dietética diferencial y los usos domésticos en relación con la adquisición de alimentos (Casado, 1967: 144).

Sería al final de la década de 1960 cuando la mayoría de la población española fue capaz de cubrir de forma satisfactoria los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, y mostrar un perfil calórico que se ajustaba, casi perfectamente, a las recomendaciones de los organismos internacionales (Cussó, Garrabou, 2007: 97): es decir, con una aportación energética de los hidratos de carbono del 53 %, de las proteínas del 12 %, y de los lípidos del 32 %.

*El inicio de la transición nutricional  
y el final de los problemas de malnutrición por defecto*

Como sostenía Demetrio Casado en su trabajo *Perfiles del hambre* (1967: 55), España sufrió en la década de 1960 una transición nutricional en la que los hábitos alimentarios se vieron modificados por el impacto que generó el desarrollo económico en los precios, el mercado, la propaganda, la organización de la vida laboral y doméstica, etc. Estas alteraciones de las costumbres alimentarias eran con frecuencia beneficiosas pero a veces comportaban una desorganización perjudicial de la alimentación. Se empezaba a vislumbrar un cierto auge del snobismo y mimetismo alimentario, en el que predominaba la presión de los intereses comerciales sobre los sanitarios y sociales (preferencia de pastas dulces a frutas, cambio del pan por la patata y aceite de oliva por mantequilla).

En los años finales de la década de 1960 y a lo largo de la de 1970 se llevaron a cabo una serie de estudios e investigaciones encaminadas a conocer el estado nutritivo de la población española y las previsiones de su futura evolución, además de profundizar en el análisis que suponía el aumento de los ingresos en los hábitos alimentarios y de consumo.

Alrededor de los años 60 ya se había llegado a la conclusión de que la alimentación carencial no dependía específicamente de la cantidad de alimentos que se ingerían, sino del contenido nutricional de los mismos. Demetrio Casado (1967: 48) exponía que el incremento de la producción alimentaria no dependía solo de factores económicos y sociales, ya que habría que financiar el comercio, aplicar nuevos métodos y ofrecer seguridad. Se suma a esto el hecho de que el desarrollo económico no tiene por qué solucionar los problemas alimentarios que surgen a raíz de malos hábitos alimentarios, aun estando superadas la pobreza y la incultura.

Entre 1939 y 1985 se realizaron sucesivos estudios con encuestas dietéticas y de base poblacional. Fueron estudios con deficiencias metodológicas pero con certeros pronósticos de los problemas nutricionales que se avecinaban (Villalba y Maldonado, 1988: 127). Gregorio Varela dirigió la Encuesta Nacional de Alimentación desde la Escuela de Bromatología de la Universidad de Madrid, basándose en los datos de consumo de alimentos de la Encuesta de Presupuestos Familiares

realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 1964-1965 (Varela *et alii*, 1970: 13). También cabe destacar los estudios de Alfonso García Barbacho mediante la técnica de Hojas de Balance (Varela, García, Moreiras-Varela, 1968: 12).

En la década de 1970 el perfil nutricional de la población española se situaba entre los países de nivel calórico medio, ya que presentaba características tanto de los de alto nivel como de los países subdesarrollados (Varela, 1977).

- El consumo calórico medio de la población española era relativamente alto (3.500 calorías por persona), si bien existían problemas de información sobre datos de consumo real.
- El consumo medio de proteínas totales (animales + vegetales) se situaba por debajo de lo que correspondía a su grado de desarrollo económico. Esto se debía, en parte, a que la cultura alimentaria era más vegetariana que la del resto de países de alto nivel calórico, y a que el nivel de proteínas animales era más bajo de lo que correspondía a su grado de desarrollo económico, aunque variaba en función del estrato social y de si la zona era urbana o rural.
- El consumo de pan era elevado, signo de país subdesarrollado.
- El nivel de consumo de grasas era alto, lo que constituía un factor negativo por el bajo aporte de sustancias nutritivas. Con todo, la proporción de grasa animal era baja.
- Existía un elevado consumo de frutas y verduras, lo que era considerado un factor positivo.
- El consumo de carne, huevos y pescado era próximo al de los países de alto nivel calórico.
- En el caso de la leche su consumo era bajo, debido probablemente al concepto social de ésta como alimento-medicamento y, por tanto, solo consumido por grupos vulnerables (niños, mujeres gestantes, ancianos y enfermos). Se observaba una tendencia menor a su consumo en el medio rural. El bajo consumo de leche era un aspecto a mejorar.
- Se observaba un bajo consumo de azúcar, lo que evidenciaba un índice de subdesarrollo pero que resultaba positivo desde el punto de vista nutricional.
- En el caso del consumo de alcohol, aunque las estadísticas hablaban de que su aporte calórico representaba un 3% del

total, hay que destacar el hecho de que en los estudios de la época no se incluía el alcohol consumido fuera de casa, que era el mayoritario.

- En general, se apuntaban carencias en vitamina A, tiamina, riboflavina, calcio, niacina, vitamina C y proteínas animales.

Todos estos hábitos variaban dependiendo de factores sociales, económicos, geográficos y culturales de la población. El tamaño familiar fue uno de los factores influyentes en el nivel económico relativo de las familias y, por ello, un factor indirecto del consumo calórico y de la situación alimentaria de las familias, de tal manera que su mayor tamaño hacía decrecer las posibilidades de presentar una alimentación saludable (Casado, 1967: 77).

Ya en la década de los años 80, el perfil calórico medio de la población española era similar al que mostraban otros países desarrollados, alejado sin embargo del ideal que se había conseguido 15 años atrás (Varela, 1971). Los factores que habrían contribuido a este fenómeno eran diversos. La transformación de un país agrícola en industrial había repercutido en la dieta de los españoles, que se europeizó tanto en los aspectos positivos como en los negativos.

El tamaño de las ciudades, junto con la influencia del proceso de urbanización e industrialización, repercutieron más en los hábitos alimentarios que en el estado nutritivo de la población. Se observó una mayor proporción de calorías aportadas por las grasas y las proteínas, y una disminución de hidratos de carbono. Otra observación a destacar fue el aumento del porcentaje de alimentos industrializados en la dieta. También influía, por ejemplo, el nivel de ingresos y cultural de las familias (Varela, Moreiras, Carvajal, 1988: 13).

El estado nutritivo de la alimentación española se caracterizaba por un consumo calórico de un 25% superior a las recomendaciones dietéticas, aunque con previsión de disminución. Presentaba un aumento del consumo de proteínas, con un consiguiente aumento del coste de la alimentación; y una elevada ingesta de grasas —de alta calidad, ya que poseían un bajo porcentaje de insaturados y uno elevado de monoinsaturados—, el 50% de la cual correspondía a grasa culinaria. Otros cambios observados fueron un aumento en la ingesta de calcio y hierro, así como unos buenos niveles de riboflavina y vitamina A, aunque por debajo de las recomendaciones dietéticas. Se des-

tacaba que España era el país europeo con mayor ingesta de vitamina A debido al hábito de consumir alimentos crudos (Varela, 1988: 11).

Se puede afirmar que en el inicio de década de los años ochenta los hábitos alimentarios presentaban el siguiente perfil:

- Elevado consumo de vegetales, frutas, vino, aceite de oliva y pescado (con alto contenido en omega3).
- Incremento de la ingesta de carne de 1964 a 1981. A partir de entonces se observa disminución en el consumo total, que depende del tipo de carne.
- Incremento del consumo de leche y productos lácteos hasta 1980, cuando se estabiliza.
- Disminución del consumo de patatas y de pan.
- Disminución del consumo de leguminosas, aunque a partir de 1980 se observa una estabilización que pudo deberse a la campaña de la FEN en su favor.

### *La emergencia de la epidemia contemporánea de obesidad en España*

Entre 1940 y 1980 (Cussó, Garrabou, 2007: 94-95) se habría pasado de una importante presencia de carencias alimentarias en la posguerra, con aportes proteicos insuficientes y graves déficits en calcio, hierro y vitaminas A y B<sub>2</sub>, a un panorama nutricional que, en la década de 1980, estaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas en la alimentación. La dieta hipercalórica se había convertido en un problema sanitario. El panorama todavía empeoraba más al considerar la aparición de formas de vida más sedentarias y con menores necesidades calóricas, al tiempo que la ingesta de calorías aumentaba a expensas de los hidratos de carbono simples, lo que repercutía en un aumento de la obesidad y de la diabetes. Las calorías de la dieta media se habrían incrementado en un 10% desde 1965 a 1979, y el consumo de grasas en un 20%, sobre todo saturadas, debido al aumento en el consumo de carnes.

Durante las décadas finales del siglo xx, todas aquellas tendencias dietéticas se agravaron: consumo elevado de grasas, incremento del consumo diario de carne, consumo importante de frutas que se compaginaba con un descenso del de verduras. El ejercicio físico que realizaba la población española se situaba por debajo de la media eu-

ropea, y la obesidad y el sobrepeso, muy relacionados con el sedentarismo, empezaban a mostrar cifras alarmantes (Moreno, Sarría, Popkin, 2002: 993). En 1991, las grasas ya aportaban el 42% de la energía, la misma proporción que los hidratos de carbono. Además, destacaba el excesivo peso de las proteínas de origen animal: 65% de los 93,5 gramos de proteína consumida por persona y día, muy por encima del 50% recomendados (Cussó, Garrabou, 2007: 97).

El deterioro del estado nutricional que se acaba de describir fue diagnosticado y pronosticado por muchas de las investigaciones que se llevaron a cabo desde 1971 por parte de la Fundación Española de Nutrición. En los inicios de la década de 1980, a pesar de algunos indicios negativos, los trabajos ponían de manifiesto que, en general, se estaba comiendo de forma adecuada. Sin embargo, lejos de mantener dichas costumbres alimentarias, la sociedad española empezó a cambiar sus hábitos alimentarios. Poco después de 1984 inició su camino hacia el sobrepeso y la obesidad. De hecho, los problemas de colesterol y enfermedad coronaria que mostraba la población española se encontraban, en 1970, en una buena posición respecto al «WHO Statistics Annual», situándola en antepenúltimo lugar (Grande, 1984: 8).

Lo más destacado de la transición nutricional española es la disminución de muertes por enfermedades cardiovasculares, aun siendo paralelas al incremento de consumo de grasas y frutas (se debe tener en cuenta la mejora de las técnicas médicas); también denominada «paradoja española» (Serra-Majem, 1993). Esta paradoja se explica por la sinergia y antagonismo de factores protectores y de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Hasta 1984 la situación de la alimentación española se situaba en unos parámetros adecuados. Los estudios demostraban que se iba por buen camino, que se estaba comiendo adecuadamente. A partir de esa fecha, en lugar de haber mantenido estas costumbres alimentarias, que estaban respaldadas con estudios y se consideraban muy adecuadas, la sociedad española cambió sus hábitos alimentarios.

Para intentar prevenir algunos de los problemas que estaban emergiendo, la Fundación Española de Nutrición llevó a cabo diversos trabajos acerca de la alimentación, seguridad alimentaria y demás temas relacionados con la nutrición de los españoles. En 1984 se llevó a cabo una investigación sobre la problemática del desayuno en la nutrición de los españoles. Se destacaba el abandono del desayuno tradicional

para caer en un desayuno mucho más ligero y menos saludable, posiblemente influenciado por los cambios socioeconómicos como la falta de tiempo para preparar un desayuno elaborado, el cambio de costumbres, la influencia de la publicidad, la falta de educación nutricional en los niños y la tercera edad, la incorporación de la mujer al mercado laboral, etc. (Varela, Grande, Pinillos, Moreiras-Varela, 1984: 22).

Otros trabajos de la Fundación Española de Nutrición estaban destinados a mantener las tradiciones alimentarias y recordar a la población lo adecuados que eran algunos alimentos. Durante los años 80 la producción y las superficies de cultivo de las legumbres disminuyeron. A todo ello se unía la modificación de hábitos alimentarios que afectó al consumo de platos tradicionales, entre los que se incluyen de modo evidente las legumbres (Mataix, 1986: 6). La significación nutricional de las legumbres era muy importante, ya que no solo poseían valor nutricional por sí mismas, sino que realizaban lo que se denominaba complementación con otros nutrientes, como proteínas o hidratos de carbono. En España se disponía de una gran diversidad de platos (cocido, fabada, lentejas) que poseían la complementación proteica que se da entre cereales-leguminosas, leguminosas-productos animales o leguminosas-leguminosas. Las legumbres son un grupo destacable desde el punto de vista energético y además tienen buena relación calidad/precio.

También se publicaron trabajos que mostraban la clara influencia anglosajona en nuestra cultura culinaria, como son el consumo de hamburguesas y pan de molde. En 1986 ya se observaba en España un excesivo consumo de energía por la abundancia de productos de todo tipo y el aumento del poder adquisitivo de la población; se percibía también un aumento de la obesidad y de la vida sedentaria, que venía a añadirse a la cultura española del consumo diario en bares y cafeterías. Así, se consumían hamburguesas en las que se encontraban una gran variedad de nutrientes, pero siempre en exceso. El pan de molde era un claro ejemplo de producto de la transición nutricional, ya que se le modificó la proporción de grasas para que fuera menos perecedero, más gustoso y se conservase más tiempo, algo que concordaba con el tipo de vida que comenzaba a llevarse en esa época. En el consumo de este tipo de alimentos intervinieron otros factores como la mayor disponibilidad, el turismo, el mercado sin fronteras y la creciente globalización (Varela, Carvajal, Beltran, 1986; García de Fernando Minguillón, 1986).

*A modo de conclusión*

Como indicábamos al inicio de nuestra exposición, a lo largo del siglo xx la población española completó la irremediable transición nutricional y alimentaria que nos ha llevado a presentar uno de los mayores niveles de sobrealimentación y una de las tasas de incidencia de obesidad infantil más elevadas (Quilis, Izquierdo *et alii*, 2008).

La población española adoptó los cambios en hábitos alimentarios que la sociedad le iba implementando a raíz de los avances que se fueron produciendo en el país. Todos estos avances tuvieron su parte positiva en el desarrollo general del país, pero también su negativa, ya que se intentaron adaptar demasiado deprisa a los hábitos alimentarios de la población.

Esta situación podría haberse evitado, pues, como ya en 1967 señalaba Demetrio Casado, «nos encontramos con una llegada masiva de turistas que influye tanto en el nivel de vida de la población como en los hábitos alimenticios. En España, como país latino, hemos gozado siempre del buen comer [...]. Dada la conocida asociación entre el nivel económico y el consumo calórico y dado el proceso de desarrollo económico que experimenta España, no es difícil predecir una expansión en el futuro del problema de la alimentación hipercalórica» (Casado, 1967: 117).

Aun conociendo los problemas que se avecinaban, y habiendo promovido estudios como los de la Fundación Española de Nutrición, España se dejó influenciar por los hábitos alimentarios de un nuevo modo de vida que pondría en riesgo la salud alimentaria de gran parte de la población.

Las reflexiones que hemos aportado a lo largo del trabajo, y que deberían ser contrastadas con la investigación acerca del análisis del programa de educación en la alimentación y nutrición (Programa EDALNU) que se presenta en este mismo coloquio por Eva Trescastro y Xavier Espulgues, podrían servir para abordar las políticas de salud que permitan controlar el problema de la obesidad y sus patologías asociadas. También ayudarían a analizar dónde estuvieron los errores que favorecieron llegar a la situación actual a pesar de que se venía pronosticando lo que iba a ocurrir.

Parafraseando el título de la editorial que firmaba el profesor Joan Sabaté, en 1995, en la revista *Medicina Clínica*, como mínimo nos

tendríamos que volver a preguntar: «¿qué podemos comer hoy para no enfermarnos mañana?».

### Bibliografía

- BENGOA, J.M. (2006). *Historia de la nutrición en salud pública*. Barcelona: Masson.
- BARONA, J.L.; BERNABEU-MESTRE, J. (2008) *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. València.
- BARONA, J.L.; (2007) «Nutrition and Health. The International Context during the Inter-war Crisis». *Social History of Medicine*.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2007). *La salut pública que no va poder ser. José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània*. València.
- BERNABEU-MESTRE, J.; ESPLUGUES, J.X.; GALIANA, M.E. (2007) «Antecedentes históricos de la nutrición comunitaria en España: los trabajos de la Escuela Nacional de Sanidad, 1930-36», *Revista Española de Salud Pública*. Madrid.
- CARRASCO CÁDENAS, E. (1934). «Lo que se come en España. Interés sanitario de este problema». En: *Contribución al I Congreso Nacional de Sanidad del laboratorio de Higiene de la Alimentación y de la Nutrición y Técnica Bromatológica*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- CARRASCO CÁDENAS, E.; PIÑOLES, L. (1933). *La riqueza vitamínica de algunos alimentos españoles. Primeros resultados obtenidos para el tomate valenciano y aceite de oliva andaluz*. Madrid: Revista de Sanidad e Higiene Pública.
- CASADO D. (1967). *Perfiles del hambre*. Madrid: Editorial cuadernos para el diálogo.
- CURA, M.I.; HUERTAS, R. (2007) *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- CUSSÓ, X.; GARRABOU, R. (2007). *Cambios en la dieta mediterránea durante la transición nutricional en España*. Barcelona: Unitat d'Història econòmica.
- GARCÍA DE FERNANDO MINGUILLÓN (1986). *Las hamburguesas en la alimentación*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.

- GIRAL, J. (1914). *Ración alimenticia desde los puntos de vista higiénico y social*. Madrid: Adrián Romo Editor.
- GIRAL, J. (1934). *Repercusiones económicas y sociales de la alimentación humana*. Conferencia dada en la Escuela Nacional de Sanidad el 24 de mayo de 1934. Madrid: Revista de Sanidad e Higiene Pública.
- GRACIANI, A.; RODRÍGUEZ ARTALEJO, F.; BANEGAS, J. R.; HERNÁNDEZ VECINO, R.; REY CALERO, J. (1986). *Consumo de alimentos en España en el período 1940-1988*. Madrid.
- VILLALBÍ, J. R.; MALDONADO, R. (1988). «La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición». Barcelona: Medicina Clínica.
- GRANDE COVIÁN, F. (1984). *Colesterol y enfermedad coronaria*. Madrid: Fundación Española de la nutrición.
- JIMÉNEZ, F.; JIMÉNEZ, M. (1934). «La alimentación en la provincia de Jaén. Deducciones sanitarias». En: *Contribución al I Congreso Nacional de Sanidad del laboratorio de Higiene de la Alimentación y de la Nutrición y Técnica Bromatológica*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- MARINÉ FONT, A. (1986). *Consumo preferente y fechas de duración de los alimentos*. Madrid: Fundación Española de la nutrición.
- MARINÉ FONT, A.; RAFECAS MARTÍNEZ, M. (1988). *Yogur: elaboración y valor nutritivo*. Madrid: Fundación Española de la nutrición.
- MATAIX VERDÚ, F.J. (1986). *Importancia de las legumbres en la nutrición española*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- MORENO, SARRIÀ, POPKIN (2002). «The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country». *Eur Jour Clin Nutr*.
- NICOLAU, R.; PUJOL ANDREU, J. (2005) *Alimentación, beneficencia y condiciones de vida en la transformación de las zonas rurales durante la industrialización: Olot, siglos XIX-XX*. Barcelona: Unitat d'Història Econòmica.
- NICOLAU, R.; PUJOL ANDREU, J. (2005). *Variaciones regionales de los precios de consumo y de las dietas en España, en los inicios de la transición demográfica*. Barcelona: Unitat d'Història Econòmica.
- QUILES I IZQUIERDO, J.; PÉREZ RODRIGO, C.; SERRA MAJEM, L.; ROMÁN VIÑAS, B.; ARANCETA, J. (2008) *Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención*. Madrid: Revista española de Nutrición Comunitaria.

- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (2000). *La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España*. Madrid: Revista española de Salud Pública.
- SABATÉ, J. (1994). *¿Qué podemos comer hoy para no enfermarnos mañana?* Barcelona: Medicina Clínica.
- UBEDA Y CORREAL, J. (1902). *El presupuesto de la familia obrera*. Madrid: Dirección General de Sanidad.
- VARELA, G. (1968). *Contribución al estudio de la alimentación española*. Granada: Instituto de desarrollo económico.
- VARELA, G.; CARVAJAL, A.; BELTRAN, B. (1986). *Del pan tradicional al pan de molde*. Repercusiones Nutricionales. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- VARELA, G.; GARCÍA D.; MOREIRAS-VARELA, O. (1970). *La Nutrición de los Españoles. Diagnóstico y Recomendaciones*. Granada: Instituto del desarrollo económico.
- VARELA, G.; GRANDE COVIÁN, F.; MOREIRAS-VARELA, O. (1985). *Nutrición y Tercera Edad en España*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- VARELA, G.; GRANDE COVIÁN, F.; PINILLOS, J.L.; MOREIRAS-VARELA, O. (1984). *Problemática de desayuno en la nutrición de los españoles*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- VARELA, G.; MOREIRAS, O.; CARVAJAL, B. (1988). *Evolución del estado nutricional y de los hábitos alimentarios de la población española*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- VILLALBÍ, J.R.; MALDONADO, R. (1988). *La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición*. Barcelona: Medicina Clínica.



ALIMENTACIÓN, ENFERMERÍA Y CULTURA: EL ANTECEDENTE  
HISTÓRICO DE LAS VISITADORAS PUERICULTORAS

M<sup>a</sup> Eugenia Galiana-Sánchez; Josep Bernabeu-Mestre  
*Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva  
y Salud Pública e Historia de la Ciencia  
Universidad de Alicante  
Campus de San Vicente del Raspeig, Ap. 99. E-03080. Alicante  
galiana@ua.es*

*Resumen: El perfil sanitario de la población infantil de principios del siglo xx estuvo caracterizado por altas cifras de natalidad y de mortalidad. En este contexto, la alimentación infantil se convirtió en uno de los objetivos prioritarios de la acción sanitaria. La institución familiar, con la mujer-madre como punto de referencia, constituyó el escenario ideal de las labores de divulgación sanitaria desarrolladas por las enfermeras puericultoras.*

*Palabras clave: España contemporánea, puericultura, enfermería comunitaria, alimentación infantil.*

*Abstract: At the beginning of the 20th century, the health profile for children was characterised by high birth and death rates. In this context, child nutrition became one of the priority objectives of health intervention. The institution of the family, with the woman/mother as a point of reference, constituted the ideal scenario for health education initiatives carried out by child health visitors.*

*Keywords: contemporary Spain, childcare, community nursing, child nutrition*

*El peligro alimentario como determinante  
de la morbimortalidad de la infancia*

En la interacción del conjunto de causas y de factores que históricamente han determinado la morbimortalidad infantil destaca el llamado peligro alimentario (Bernabeu, Caballero, Nolasco *et alii*, 2006: 191-192). En el marco de la transición sanitaria y epidemiológica que vivieron las poblaciones occidentales en las décadas finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, la alimentación de la primera infancia, y más concretamente el control de los trastornos nutritivos del lactante, se fue configurando como un elemento fundamental en la lucha contra la mortalidad infantil y juvenil (Bernabeu, Perdiguero, Barona, 2007).

Pero como se puede comprobar en la Tabla 1, detrás del llamado peligro alimentario se escondían no solo determinantes de naturaleza inmediata, como las infecciones alimentarias o los trastornos digesto-nutritivos —entre los que destacaban las diarreas y enteritis específicas e inespecíficas—, sino todo un conjunto de causas que predisponían a ello, y que podríamos resumir en el binomio ignorancia y miseria (Loste, 1941: 17).

*Tabla 1: Determinantes de la mortalidad infantil*

<i>Causas predisponentes</i>	<i>Causas inmediatas</i>
<p><i>Ambientales</i></p> <p>Climáticas</p> <p>Vivienda</p> <p>Alimentarias</p> <p><i>Socioculturales</i></p> <p>1. Educativas (incapacidad materna, ignorancia, analfabetismo, ausencia de educación sanitaria, etc.)</p> <p>2. Sanitarias (insuficiente organización, deficiencias en los controles periódicos, etc.)</p> <p>3. Sociológicas (morales, cívicas, ilegitimidad, marginales, etc.)</p> <p>4. Económicas (pobreza, indigencia, etc.)</p>	<p><i>Congénitas</i></p> <p>(genéticas, hereditarias, anomalías, falta de madurez, daño cerebral, insuficiencia respiratoria, etc.)</p> <p><i>Infecciosas</i></p> <p>Alimentarias (gastroenteritis, procesos digesto-nutritivos)</p> <p><i>Accidentes o traumas</i></p> <p>Iatrogénicas (incumplimiento del coeficiente asistencial, errores del personal sanitario)</p>

Fuente: Arbelo, Arbelo López de Letona, 1975 (págs. 385-387)

De acuerdo con los testimonios de autores contemporáneos (Viñes, 1945: 86-87), el grupo de trastornos nutritivos del lactante, principal tarea de la actividad puericultora, estaría conformado, en primer lugar, por aquellos trastornos que inicialmente tienen su origen en una trasgresión alimentaria por exceso, por defecto o por poco adecuada. Desde el punto de vista clínico incluiría los cuadros de malnutrición proteínico-energética, que se englobaban en el capítulo de las distrofias, las atrepsias y las toxicosis, y que solían acabar con las llamadas diarreas de descomposición, entre otras complicaciones. Se trataría de un tipo de trastornos «susceptibles en un medio social adecuado de ser evitados mediante todo el arte de la Puericultura, desde la divulgación y propaganda hasta la guía del lactante y la institución de un régimen dietético científicamente dispuesto, de acuerdo con la patogenia de cada caso».

El discurso demográfico-sanitario que se ocupaba de analizar las elevadas cifras de mortalidad infantil y juvenil que mostraban, en las primeras décadas del siglo xx, poblaciones como la española, además de realizar un pormenorizado análisis de los principales trastornos de la alimentación en la infancia (tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo) ofrecía, a través de la divulgación y la educación sanitaria, una completa información sobre el tipo de alimentos y la cronología y la forma en que debían de ser administrados (Goday, 1928: 22-69; Díaz Berrio, 1934: 59).

Como se recogía en un texto sobre higiene del destete publicado en 1920 (Vázquez, 1920: 8), la «positiva profilaxis de los trastornos digestivos, principal causa de la mortalidad en los niños lactantes», había que atribuirlo al desarrollo que habían adquirido los estudios de Puericultura, especialmente en lo referente a la instrucción materno-lógica y a la eficacia conseguida en las técnicas de crianza. La puericultura o pediatría preventiva fueron estableciendo un conjunto de normas científicas para la crianza de los más pequeños y para la profilaxis de las enfermedades evitables.

Eran cuestiones como las que encerraba la ignorancia lo que procedía combatir, aunque fuese a costa de culpabilizar a las madres (Bernabeu, 2002a, 2002b). El problema de las transgresiones en la alimentación, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, y en particular la cuestión del abandono de la lactancia materna, aparecía, por ejemplo, como una preocupación constante para

los puericultores y los higienistas españoles. El doctor Alejandro Frías (1927, 130-131), editor de la revista *Puericultura*, destacaba el papel que jugaban las enfermedades del aparato digestivo en la mortalidad infantil y afirmaba cómo «era más fácil prevenir que curar muchos de aquellos trastornos». Para prevenir los problemas digestivos proponía el fomento de la lactancia materna, y, a través de una adecuada instrucción de las madres, llevar a cabo el destete con alimentos adecuados y evitar las hiperalimentaciones; en concreto, vigilar tanto la calidad como la cantidad.

Pero la tarea de educar («adoctrinar») a las madres comportaba, como reconocían los propios profesionales de la salud, un grado importante de complejidad, en la medida en que conllevaba cambios de actitudes y comportamientos. El objetivo era conseguir que las madres fuesen capaces de visualizar los beneficios de una dietética bien orientada, y poder contar de este modo con su colaboración (Martín, Huertas, 1933: 471). Entre el amplio abanico de recursos de divulgación (Rodríguez, Perdiguero, 2006), la «educación en viva voz» destacaba por su trascendencia y eficacia (Martín, Huertas, 1933: 471). Las campañas estandarizadas se tenían que complementar con actuaciones que contemplasen las peculiaridades y los problemas específicos de cada población (Martín, Huertas, 1933: 482).

Frente a los problemas ligados a la ignorancia y a cuidados inadecuados, estarían aquel grupo de trastornos nutritivos del lactante y del niño menor de dos años, que estaban determinados por factores tales como el calor, las moscas y el medio higiénico y social. En este capítulo se englobarían las diarreas de verano y otras gastroenteritis no específicas o no producidas de forma evidente por gérmenes específicos. Aquello que en la terminología de la época se conocía como «bajo medio social» (Viñes, 1945: 94-95), con ausencia de abastecimiento de agua potable, de saneamiento y de pavimentación, aparecía como uno de los principales determinantes. En el caso español, conviene recordar que las diarreas y enteritis, principalmente las de verano, representaban en la década de 1940 el 41,26 % del total de fallecidos de menos de un año (Viñes, 1945: 98), mientras que el conjunto del llamado peligro alimentario alcanzaba el 42,9 % para el conjunto de la mortalidad posneonatal (Bernabeu *et alii*, 2006: 192).

En todo aquel contexto, la acción sanitaria se centró, por un lado, en el eslabón de la cadena causal que representaban los cuidados

maternos, así como en la corrección de los errores de naturaleza alimenticia; y por otro, en la actuación sobre los factores higiénicos y sociales. En realidad, la intervención sobre estos últimos condicionaba en muchos casos el éxito de las actuaciones puericultoras (Viñes, 1945: 98-99).

Para alcanzar dichos objetivos, la figura de la enfermera visitadora resultó fundamental (Gascón, Galiana, Bernabeu, 2002; Read, 2004). Su actividad en los dispensarios de higiene permitía desarrollar las investigaciones relacionadas con las condiciones de vida de la población (los factores higiénicos y sociales), y entre ellas las condiciones higiénicas de la alimentación (Bravo Frías 1935, págs. 10-11), al mismo tiempo que se convertían, desde su condición de profesionales de la puericultura, en mediadoras de la cultura popular y la cultura sanitaria (Martín, Huertas, 1933: 482).

Con el presente trabajo pretendemos analizar, desde la experiencia española, la contribución de la enfermería de salud pública al desarrollo de una cultura de los cuidados capaz de corregir el peligro alimentario que explicaba una parte importante de las cifras de mortalidad infantil y juvenil que mostraban muchas poblaciones en su etapa pretransicional.

### *Enfermería y salud comunitaria*

Parece existir cierto consenso en la literatura internacional sobre la idea de que la enfermería comunitaria, como elemento clave del movimiento sanitarista, constituyó uno de los mecanismos gubernamentales para la aplicación de medidas de orden social durante los siglos XIX y XX (Kelly, Symonds, 2003; Abel-Smith, 1960; Dolan, 1973; Baly, 1987). Además, el desarrollo de la enfermería comunitaria también tuvo lugar en el marco de otros discursos paralelos, como la eugenesia, el manejo de la pobreza y el feminismo. Su verdadera construcción no puede desvincularse del establecimiento de las estructuras de género y de clase social características de mediados del s. XIX.

Los discursos de maternidad científica y responsable estuvieron también muy ligados a la enfermería comunitaria. Las nuevas ideas suponían un desafío a las altas tasas de mortalidad infantil, especialmente presentes entre las clases trabajadoras. La maternidad se convirtió en el foco de la intervención estatal, especialmente para aquellas ma-

dres de clase trabajadora que fueron consideradas «irresponsables» (Apple, 1995). La figura de la madre se convirtió al mismo tiempo en la causa de la degeneración moral y física. La búsqueda de esta nueva figura de maternidad fue uno de los objetivos fundamentales de la enfermería comunitaria, que encontró en la puericultura uno de sus ámbitos de acción más relevantes en este periodo.

En el caso español, el desarrollo de la enfermería de salud pública mostró un retraso en relación con otros países de su entorno, y también algunas diferencias cualitativas. Las razones son diversas pero podrían destacarse la institucionalización tardía de la salud pública en España, el patrón de modernización socioeconómica del país o la inexistencia de un movimiento sanitarista como el inglés (Gascón, Galiana, Bernabeu, 2002).

No obstante, a lo largo de las primeras décadas del siglo xx la enfermería de salud pública española alcanzaría un importante grado de institucionalización. Las primeras iniciativas las constituyen los programas de formación de la Cruz Roja de 1923 (Chamizo, 2004) y los cursos de la Escuela Nacional de Puericultura de 1923<sup>1</sup>. Entre las distintas categorías de enfermeras formadas por estas escuelas se encuentra la de enfermera visitadora de la Cruz Roja y la de la visitadora puericultora. En realidad, para el desarrollo de estas figuras profesionales hubo que esperar a la llegada de la II República (1931-1936) y a las reformas sanitarias impulsadas por el gobierno republicano-socialista del primer Bienio, que dotaron a la salud materno-infantil de un alto desarrollo institucional (Bernabeu, 2000).

En relación con el proceso de configuración de un cuerpo de visitadoras sanitarias, aunque su proceso de institucionalización se vio interrumpido por la Guerra Civil (Gascón, Galiana, Bernabeu, 2003) se alcanzaron algunos objetivos. En el ámbito de la socialización, a través de la Escuela Nacional de Sanidad, se impartieron diversos cursos de formación específica. Otros elementos destacados fueron la creación

1 En aquel contexto hay que destacar, por ejemplo, la figura de Nieves González Barrio, cuya obra, *Organización y reglamentación del cuerpo e institución de enfermeras visitadoras y acción cultural de las mismas* (Madrid, Sociedad Española de Higiene; Premio Legado Roel, 39, 1930, 33 págs.), estableció las bases teóricas que debían guiar la organización del cuerpo de enfermeras visitadoras. (Bernabeu, Gascón, 1999, pág. 52)

de una Asociación Nacional de Enfermeras Visitadoras o la publicación de una revista profesional (Bernabeu, Gascón, 1999; Gascón, Galiana, Bernabeu, 2002).

La llegada del régimen franquista comportó cambios relevantes en materia sanitaria. En el ámbito de la salud materno-infantil, aunque desde presupuestos ideológicos diferentes, se puso en marcha el programa «Al Servicio de España y del Niño Español» (Bernabeu, Perdiguero, 2001; Bernabeu, 2002; Salazar, Martínez, Bernabeu, 2007; Salazar, 2009). En el marco de una política pronatalista, la reducción de la mortalidad infantil y juvenil, la mortinatalidad y la mortalidad materna<sup>2</sup> resultaban prioritarias (De la Fuente, 1943, pág. 49). En este marco político, el programa sanitario de Falange adquirió pleno reconocimiento y permitió ir configurando la concepción falangista de la actividad enfermera.

Dos grandes categorías transversales, el género y la ideología, determinaron la evolución de la enfermería en este periodo. En el primer caso, porque el desarrollo de la enfermería profesional no se puede desvincular de la regresión jurídica, ideológica y educativa sufrida por la población general, pero que afectó de forma específica a la población femenina. En la figura de la enfermera de Falange confluyeron las características que se consideraban deseables en toda mujer española, aunque amplificadas. Como afirman Carmen Sarasúa y Carme Molinero (2009), los regímenes fascistas consideraron la subordinación y dependencia femenina como una de las claves de sus estructuras autoritarias familiares y políticas, lo que constituyó el eje conductor de su política demográfica y moralizadora. El componente de género en la enfermería del primer franquismo se manifestó de distintas formas. Por un lado estuvo muy presente la idea de que solo era posible desarrollar la labor de enfermería si se era mujer. Las virtudes femeninas, teñidas de prejuicios, fueron un requisito imprescindible para poder aproximarse al ideal de enfermera. Por otro lado se daba también la relación inversa. La mejor enfermera era la propia madre, esposa o hermana, por lo que las profesionales de enfermería sólo sustituirían a estas mujeres. La feminidad, entendida únicamente en los términos que se consideraban aceptables por el régimen, era

<sup>2</sup> Sobre la evolución de la mortalidad infantil en este periodo pueden resultar de interés Gómez (1992) y Bernabeu *et alii* (2006).

un requisito y, en cierto modo, una garantía del buen hacer de las enfermeras. Las enfermeras tenían la misión de contribuir a sustentar la obra patriótica desde su condición de mujeres. Debían aplicar sus cualidades femeninas, pero solo en la forma aceptada por el régimen (Bernabeu, 2002a).

La segunda de las cuestiones, la ideológica, estuvo muy presente en el control que las instituciones políticas y religiosas ejercieron sobre la vida pública y privada de la población, y también tuvo su reflejo en la enfermería. El sentido religioso, unido a los conceptos franquistas de patria y nación, conformaron parte del ideario de la formación y práctica de la enfermería española<sup>3</sup>. En un contexto social y político en el que algunos autores hablan de un modelo pedagógico auténticamente fascista, y en el que se produce una pugna entre Iglesia y Falange por el control de la educación (Rodríguez, 2002; Palacio, 2003), la posibilidad de disponer de un grupo de mujeres que pudieran dirigir la instrucción en materia sanitaria y los hábitos de vida en general resultaba de gran interés para los responsables políticos. Los cursos de formación de las enfermeras sociales de Falange pretendían inculcar en las alumnas la responsabilidad patriótica de formar madres y cuidar niños que después tendrían que sustentar el Imperio de España. La labor de «españolización», en palabras del prelado de la Diócesis de Segovia (Delegación Provincial de Sanidad, 1938, pág. 4), formaba parte de las funciones de las enfermeras, sobre todo en lo referente a la restauración moral y la renovación social del país. Probablemente ésta sea la característica más representativa de las funciones de la enfermería de salud pública en este periodo: la labor de las enfermeras sociales trascendía la atención sanitaria individual o colectiva. A través de la intervención sobre la salud infantil, se les asignó la misión de la restauración moral y la renovación social del país. Para ello, era una exigencia cumplir las virtudes femeninas y cristianas que, a juicio de los dirigentes sanitarios, eran imprescindibles para desarrollar la labor de enfermería, sustentar el imperio y hacer realidad una nueva patria (Galiana, Bernabeu, García, 2010).

<sup>3</sup> Sobre las implicaciones de los regímenes dictatoriales en la profesión de Enfermería se puede consultar: Bartoloni (2006); Steppe (2004), y Franco, Santo Tomás, Dueñas *et alii* (2009).

*Tabla 2. Figuras profesionales y salud infantil*

<i>Fecha aparición</i>	<i>Denominación</i>	<i>Función</i>	<i>Institución de la que dependen</i>
1904	Señoras de asistencia domiciliaria	Asistencia a enfermos, propaganda higiene materno-infantil	Juntas Provinciales de Sanidad
1923	Enfermera puericultora	Atención a la población infantil. Enlace	Sanidad Nacional (Dirección General de Sanidad. Ministerio de Gobernación)
1927	Enfermeras visitadoras del hogar	Educación en puericultura	Damas protectoras del obrero
1928	Enfermeras visitadoras de la Cruz Roja Española	Atención a la familia	Cruz Roja Española
1932	Enfermera visitadora sanitaria	Atención a la familia	Sanidad Nacional (Dirección General de Sanidad. Ministerio de Gobernación)
1938	Enfermeras sociales	Educación en puericultura	Delegación Nacional de la Sección Femenina de F.E.T. y de las JONS
1941	Informadoras	-	Servicio de Información Social
1940	Divulgadoras rurales	Divulgación sanitaria a las familias	Sección Femenina de F.E.T. y de las JONS
1941	Instructora sanitaria	Atención a la familia	Sanidad Nacional (Dirección General de Sanidad. Ministerio de Gobernación)
1942	Enfermeras de Falange: enfermeras visitadoras sociales	Mejora moral y material del individuo en beneficio de su salud	Delegación Nacional de la Sección Femenina de F.E.T. y de las JONS
1942	Enfermeras puericultoras	Educación en puericultura	Auxilio Social

Fuente: Elaboración propia<sup>4</sup>

<sup>4</sup> La tabla se ha elaborado a partir de las siguientes fuentes: Domínguez (1986); Bernabeu, Gascón (1999); Chamizo (2004); Delegación Provincial de Sanidad de Segovia (1938); Valenzuela (1942); Richmond (2004).

En la España del primer franquismo se produjo una gran proliferación de figuras profesionales relacionadas con la atención de enfermería a la infancia. La dispersión de recursos materiales y profesionales con dependencia funcional distinta hizo que los esfuerzos se duplicaran, se desdibujaran los objetivos de salud y pasaran a primer plano otras cuestiones relacionadas con la esfera política y el control social (Bernabeu *et alii*, 2006). A modo de resumen, en el siguiente cuadro se detallan las características de las distintas figuras de enfermería y otras auxiliares que actuaron en el ámbito de la salud infantil y su evolución en las primeras décadas del s. xx.

*El papel de la actividad enfermera en los cuidados de salud infantil ligados a la alimentación*

En el marco conceptual e institucional que acabamos de resumir en el apartado anterior, a lo largo de la primera mitad del siglo xx las enfermeras puericultoras se fueron integrando en el organigrama sanitario español, incluso en algunos casos fueron consideradas elementos clave para el logro de los objetivos higiénicos. Si atendemos a los contenidos de los manuales formativos utilizados en diferentes instituciones donde se las formaba (Valenzuela, 1942; Zapatero, Cirajas, 1945), además de comprobar los esfuerzos de socialización, las tendencias y orientaciones docentes, se pueden visualizar los ejes sobre los que bascularon las enseñanzas y la práctica de los cuidados de enfermería en salud infantil. En este sentido, puede considerarse que fueron dos los ejes centrales que configuraron su formación y guiaron su acción comunitaria, enfatizando la condición de mediadoras entre la cultura popular y la cultura sanitaria a la que aludíamos en la introducción. Por un lado, la alimentación infantil como instrumento de mejora de las condiciones nutricionales de los niños y de su salud en general; y por otro, la vigilancia e intervención sobre las condiciones del entorno de las familias (higiene general, saneamiento y condiciones de habitabilidad). Como se indicaba en un trabajo sobre mortalidad infantil en el medio rural (Martín, Huertas, 1933: 482), la visitadora se convertía en «consejera y mentora de la vida cotidiana de las familias a través de la visita domiciliaria».

El primero de estos elementos, la cuestión alimentaria, se constata, por ejemplo, en textos como el *Manual de la enfermera puericultora y sanitaria escolar* que publicaron en 1945 los médicos puericultores Faustino Zapatero y Fernando Cirajas. De los 42 capítulos en que se estructura el libro, 10 son monográficos sobre cuestiones alimentarias, y en todos los demás aparece de un modo u otro la alimentación y la nutrición como elementos clave en la acción puericultora. Aunque el libro es eminentemente técnico, nos informa de los elementos y del grado de profundización sobre salud alimentaria y nutricional que recibían las enfermeras en su formación. Se recogían cuestiones relacionadas con la técnica de la alimentación natural, procedimientos y técnica de la alimentación artificial, dietética infantil por edades, instituciones de asistencia alimentaria, trastornos nutritivos, regímenes específicos, comedores escolares, etc. Puede considerarse que la mejora de las condiciones nutricionales de los niños no solo se refería al incremento calórico en términos cuantitativos, sino que incorporaba al discurso profesional una compleja red de elementos que dotaron a la cuestión alimentaria de ese carácter central que venimos mencionando. Los factores que figuraban como relevantes de la misma eran, entre otros, las condiciones de vida de la madre, las distintas modalidades de lactancia (Zapatero, Cirajas, 1945: 177), la disponibilidad, las condiciones higiénicas y las posibilidades de adulteración de los alimentos (Zapatero, Cirajas, 1945: 251), el salario del padre, el posible trabajo extradoméstico de la madre, los intereses comerciales de los leches artificiales (Zapatero, Cirajas, 1945: 258), la educación alimentaria y la dificultad del consejo dietético, el uso de los alimentos como reclamo para otras intervenciones (Martín, Huertas, 1933: 471), e incluso elementos como la ilegitimidad de los niños o los abusos sufridos por sus madres, elementos todos ellos que sin duda enriquecieron y matizaron la labor de las enfermeras puericultoras.

Como complemento a la cuestión alimentaria, las actividades de vigilancia e intervención comunitaria sobre el entorno de las familias conformaron el segundo hilo conductor, que, íntimamente ligado al anterior, configuró la acción puericultora. Esta vertiente se pone de manifiesto en algunos trabajos publicados en las décadas de 1930 y 1940 (Martín, Huertas, 1933; Inspección Provincial de Sanidad, 1934; Viñes, 1945). En ellos se muestra cómo las enfermeras puericultoras colaboraron en primera persona en el estudio de las causas de morta-

lidad infantil, particularmente en el mundo rural. Su trabajo consistió en la realización de encuestas donde se investigaban las circunstancias que habían rodeado a los niños fallecidos (Martín, Huertas, 1933: 479). En ellas se analizaban las condiciones de la vivienda, el saneamiento y acceso al agua potable, la proximidad de las basuras, si convivían animales bajo el mismo techo, las condiciones específicas de la habitación del niño, la situación económica familiar, el número de hijos o los sistemas de lactancia, además de valorar las condiciones y cuidados prestados por la madre. En este último aspecto es donde inevitablemente se reflejaban los prejuicios de género y donde se comprueba la eficacia de la labor educadora y el adoctrinamiento vertido sobre la figura materna. Por ejemplo, en el documento editado por la Inspección Provincial de Sanidad *Ficha de estudio de mortalidad infantil de Salamanca* para uso de los Centros Primarios de Higiene Rural y enfermeras del Instituto de Puericultura, junto a muchas de las informaciones que acabamos de resumir se planteaban cuestiones de esta naturaleza: *¿Trabaja la madre? ¿Sabe coger al niño? ¿Lo baña? ¿Mama el niño según nuestro folleto o desordenadamente? ¿Tiene la madre edad mental de adulto?* (Inspección Provincial de Sanidad, 1934: 61).

En cualquier caso, parece oportuno destacar las dificultades que existen para disponer de fuentes que nos informen de las actividades concretas que llevaban a cabo las enfermeras puericultoras, y particularmente de testimonios recogidos por ellas mismas. Conviene recordar que se trataba de un grupo profesional representado por mujeres jóvenes, que desarrollaban una actividad que estaba iniciando su profesionalización, y estaban inmersas en un ámbito patriarcal que no les otorgaba la posibilidad de visualizar su trabajo.

Como ya hemos apuntado, a través de las publicaciones de médicos puericultores contemporáneos podemos conocer algunas de sus actuaciones. Como recordaba el doctor Viñes Ibarrola (1945), las enfermeras sociales de Falange colaboraron con la Campaña de Alimentación Infantil de 1941, coordinando las actividades de más de 10.000 divulgadoras rurales encargadas, entre otras actividades, de repartir productos alimenticios, canastillas y cartillas de la madre editadas por la Delegación Nacional de la Sección Femenina.

*A modo de conclusión*

Como hemos podido comprobar, la institución familiar, con la mujer-madre como punto de referencia e instrumento de actuación, se configuró como el escenario ideal para la divulgación de la vida higiénica y el mejor campo de posibilidades para que profesionales como las enfermeras puericultoras pudieran ensayar los preceptos de la salud infantil. Desde sus inicios la puericultura giró en torno a la idea de la intervención higiénica bajo el lema de «reglamentar y vigilar todo lo que se pueda» (Rodríguez, 1998: 24)<sup>5</sup>. Aunque en este contexto la figura de la madre fue concebida como el elemento fundamental, fue necesario elaborar un nuevo modelo de maternidad garante de la salud y el orden familiar, que fue adquiriendo matices diferentes según el momento histórico. No todas las mujeres respondían a dicho modelo, por lo que el primer objetivo de la puericultura fue perfeccionar el papel de la madre, ajustándolo a las necesidades de la labor higiénica (Borderies, 1989; Morata, 2003)<sup>6</sup>.

Las enfermeras visitadoras realizaron aportaciones relevantes a la salud comunitaria en general y a la puericultura en particular. Dichas profesionales, como ha sido tradicional en su actividad, no solo en el ámbito español, sino en todos sus contextos de actuación, se caracte-

5 En este sentido, también Morata (2003), Bernabeu (2002) y Palacio (2003) han analizado cómo se estructuró, a finales del siglo XIX y principios del XX, la prestación de cuidados a la infancia en el ámbito familiar y el discurso elaborado en torno a las madres desde esta perspectiva intervencionista y reguladora

6 En estos trabajos se analiza la instrumentalización de la mujer en el discurso higienista de la familia en España. De forma específica, en el trabajo de Morata (2003) se reflexiona en torno al modelo de «la buena y la mala madre» propuesto desde la Higiene. Las mujeres de clase media, enmarcadas en el ámbito privado, que compatibilizaban las labores domésticas con el espíritu moderno y garantizaban el orden familiar, respondían a la primera de las categorías. Las de las clases más desfavorecidas, sin formación ni recursos, y también las de clase más acomodada, por su predilección por la vida social antes que por la familiar, se correspondían con la segunda de ellas. En el texto de Mestre (1938, págs. 19 y 47) se refleja claramente el modelo de buena madre: «tú, que no has encontrado incompatible el ejercicio de las virtudes domésticas con el espíritu moderno, que con la misma facilidad te lanzas del trampolín sobre la piscina que ejecutas un zurdico inimitable, vas a ser madre, Rosita, vas a cumplir el gran destino de tu vida que ya se empieza a desdoblarse en dos [...]. ¡Maternidad!, algo más íntimo y más tuyo que la propia existencia, algo que está destinado a llenarla para siempre, porque no tuvo ella otra razón de ser.»

rizaron por su cercanía con la población a atender, estableciendo importantes vínculos con las personas de la comunidad, especialmente con las madres, y constituyendo uno de los grupos profesionales que se situó en primera línea de la lucha regeneradora:

La enfermera visitadora [...] es la clave de toda labor higiénico-social. [...] Es tan delicado su papel de consejera en los menudos detalles íntimos, depositan las madres tal confianza en sus instrucciones y reciben la visita domiciliaria con tal agrado, que insensiblemente se erige en mentora de la vida cotidiana de las familias humildes. Toda campaña a fondo precisa de su colaboración valiosa [...]. Su papel social va ligado a una captación de la confianza que sólo se obtiene con el trato continuo y la amistad. (Martín, Huertas, 1933: 482).

En nuestra opinión, esta vertiente de su labor, la más específica y enriquecedora de todas, su papel de mediadoras y su proximidad con las familias, ha permanecido en cierto modo invisible, y resultaría de gran interés reflexionar sobre algunas cuestiones que ayuden a esclarecer aquella relación. En este sentido, al acercarnos con más detenimiento a las fuentes consultadas surgen algunas ideas que podrían guiar el debate y encauzar futuros trabajos encaminados a abordar la aportación específica de los cuidados de enfermería a la salud infantil. Por ejemplo: ¿aplicaron estas profesionales un modelo más cercano al que manejaban los gestores de los problemas de salud de la infancia en el ámbito popular? o ¿se incorporaron completamente a las propuestas científicas de sus colegas médicos? ¿Contribuyeron las enfermeras, en cierto sentido, a la simbiosis entre cultura sanitaria científica y cultura sanitaria popular planteada por algunos autores? (Rodríguez, Perdiguero, 2006, pág. 309) ¿Cuándo y por qué se hace necesaria la figura de la enfermera puericultora? ¿Es necesaria una profesional que «de mujer a mujer» llegue a las madres dado que la población era reacia a la intervención médica y científica? Sabemos que la campaña educativa en torno a la maternidad era moralista y doctrinaria, ¿la de las enfermeras lo era en la misma medida? ¿Utilizan algún otro tipo de instrumento de intervención? Si existían diferencias, ¿en qué términos se concretaron?

*Agradecimientos*

Trabajo realizado en el marco de los proyectos de investigación subvencionados por el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ministerio de Ciencia e Innovación y la *Generalitat Valenciana* «Antecedentes históricos de la Nutrición Comunitaria en España. Los primeros intentos de institucionalización, 1923-1947» (HUM2005-04961-C03-01), «La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)» (HAR2009-13504-C02-01) y Prometeo/2009/122. *Generalitat Valenciana*.

*Fuentes y bibliografía*

- ABEL-SMITH, Brian (1960). *History of nursing*. London. Heinemann.
- ÁLVAREZ-ALONSO, C. (1991) «Concepción Arenal». En: ARTOLA, Miguel (ed.). *Enciclopedia de la historia de España. IV Diccionario Biográfico*. Madrid, Alianza Editorial.
- APPLE, Rima D (1995) «Constructing mothers: scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries», *Soc. His. Med.*, 8(2), 161-178.
- ARBELO CURBELO, Antonio; ARBERLO LÓPEZ DE LETONA, Antonio (1975), *Demografía sanitaria infantil*, Madrid, Dirección General de Sanidad.
- BALY, Monica E. (1987) *District Nursing*. Guildford: Biddles.
- BARTOLONI, Stefania (2006). «Da una guerra all'altra: le infermiere della croce rossa fra il 1911 e il 1945». En: GOGLIA, Luigi; MORO, Renato; NUTI, Lepoldo. *Guerra e pace nell'Italia del novecento*. Il Mulino, 149-174.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2000). «La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933», *Revista Española de Salud Pública*, 74, 1-13.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2002a) «Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950», *Revista de Demografía Histórica*, 20(1), 123-143.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2002b) «Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de la salud en la infancia durante

- la España contemporánea», *Revista de Demografía Histórica*, 20 (2): 147-162.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; CABALLERO PÉREZ, Pablo; NOLASCO BONMATÍ, Andreu; GALIANA SÁNCHEZ, M<sup>a</sup> Eugenia (2006) «Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil», *Revista de Demografía Histórica*, 24 (1/2): 173-193.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; COTANDA SANCHO, Sonia (1991). «Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Desarrollo normativo (1904/1935)», *Enfermería Científica*, 111, p.28-36.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; ESPLUGUES, Josep Xavier, GALIANA, M<sup>a</sup> Eugenia (2004) «Higiene y Pedagogía: el Primer Congreso Español de Higiene Escolar (Barcelona, 1912)». En: PERDIGUERO GIL, E. *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; GASCÓN, Encarna (1999) *Historia de la enfermería de Salud pública en España (1860-1977)* Alicante. Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- BERNABEU MESTRE, Josep; PERDIGUERO GIL, Enrique (2001). «At the Service of Spain and Spanish Children: Mother and Child Healthcare in Spain During the First Two Decades of Franco's Regime (1939-1963)», en LÖWY, Ilana; KRIGE, John (eds). *Image of Disease. Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, p. 167-186;
- BERNABEU MESTRE, Josep; PERDIGUERO, Enrique; BARONA, Josep Lluís (2007) «Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola». En BRESCHI, Marco; POZZI, Lucia (a cura di) *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine, Forum, 175-193.
- BORDERIES, Josette (1989). «El discurso higiénico como conformador de la mentalidad femenina, (1865-1915)». En: *VII Jornadas de investigación interdisciplinaria*. Madrid, p. 299-309.
- BRAVO FRIAS, José (1935), La lucha contra la mortalidad infantil y contra la mortinatalidad, *Puericultura*, 15: 6-12.
- CABRERA BOSH, M<sup>a</sup> Isabel (1988) «Las mujeres que lucharon solas: Concepción Arenal y Emilia Pardo Bazán». En: FOLGUERA, Pilar (comp.).

- El feminismo en España: dos siglos de historia*. Madrid. Ed. Pablo Iglesias.
- CHAMIZO, Carmen (2004) *Historia de la enfermería en Asturias: la Cruz Roja*. Trabajo de licenciatura.
- DE LA FUENTE, ALFONSO (1943) *Política sanitaria*. Madrid: publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad.
- DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD DE SEGOVIA (1938) *Formación de Enfermeras Sociales de Falange Española Tradicionalista y de las JONS*. Segovia.
- DÍAZ BERRIO, SALVADOR (1934) *La diarrea en el niño con preceptos de higiene de alimentación infantil*, Madrid, Editorial Cenit (Biblioteca de vulgarización médica, dirigida por Juan Planelles Ripoll).
- DINGWALL, ROBERT; RAFFERTY, ANNE MARIE; WEBSTER, CHARLES (1993) *An introduction to the social history of nursing*. Routledge, London.
- DOLAN, JOSEPHINE A. (1973) *Nursing in Society-A Historical Perspective*. London. Saunders.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN (1986). *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*. Madrid. Ed. Pirámide.
- FRANCO, TANIA CRISTINA; SANTO TOMÁS, MAGDALENA; DUEÑAS, M<sup>a</sup> JESÚS; DE ALENCAR, ILEDA.; GARCÍA, M<sup>a</sup> ROCIO (2008) «La mujer y la enfermera en el nuevo orden social de los regímenes dictatoriales de Brasil y España». *Temperamentvm*, 2008, 8. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t2008.php>> consultado el 17 de Abril de 2010.
- FRIAS, ALEJANDRO (1927) «Mortalidad infantil en el medio rural», *Puericultura*, 7: 129-141.
- GALIANA SÁNCHEZ, M<sup>a</sup> EUGENIA; BERNABEU-MESTRE, JOSEP; GARCÍA-PARAMIO, PILAR (en prensa), «Enfermeras para una nueva patria: género e ideología en la enfermería de Falange». En GÓNZALEZ CANALEJO, CARMEN (ed.). *Historia de la Enfermería. Desde las sociedades ágrafas hasta la contemporaneidad*, Almería, Universidad de Almería
- GASCÓN, E.; GALIANA, M.E.; BERNABEU-MESTRE, J. (2002) «La acción social de las visitadoras e instructoras sanitarias», *Trabajo social y salud*, 43: 149-174.
- GASCÓN-PÉREZ, ENCARNA; GALIANA-SÁNCHEZ; M<sup>a</sup> EUGENIA, BERNABEU-MESTRE; JOSEP (2003) «La aportación de las Enfermeras Visitadoras Sanitarias al desarrollo de la Enfermería Venezolana». En BARONA, JLL.

- Ciencia, Salud Pública y Exilio. España (1875-1939)*. Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- GODAY, Salvador (1928) *Alimentació del nen durant la primera infància*, Barcelona, Institut Arnau de Vilanova.
- GÓMEZ REDONDO, ROSA (1992) *La mortalidad infantil española en el siglo XX*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- INSPECCIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD (1934) *Ficha de estudio de mortalidad infantil de Salamanca. Para uso de los centros primarios de higiene rural y enfermeras del instituto de puericultura*. Salamanca, Imprenta y librería de Hijos de Francisco Nuñez.
- KELLY, Anne; SYMONDS, Anthea (2003) *The social construction of community nursing*. Wales. Ed: Palgrave MacMillan.
- LOSTE ECHETO, LORENZO (1941) *Cómo lograremos disminuir nuestra mortalidad infantil*, Huesca, Publicaciones del Instituto Provincial de Higiene de Huesca (Núm. 1).
- MARTIN YUMAR, Domingo; HUERTAS MÚGICA, Enrique (1933) «La mortalidad infantil en el ambiente rural», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 193: 470-485.
- MESTRE MEDINA, Joaquín (1938) *Cartas a Rosita. Monologo epistolar de un sanitario y una joven madre*. Bilbao: Zurac.
- MORATA, Eva (2003) La imagen de la maternidad en la España de finales del XIX y principios del XX, *Arenal*, 10, 2, 163-190.
- PALACIO LIS, Irene (2003) *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Universidad de Valencia.
- READ, Alice (2004) «Child Care and Maternal Health: Intermediaries between Socio-economic and Environmental Factors and Infant and Child Mortality». En BRESCHI, Marco.; POZZI, Lucia (eds), *The determinants of infant and child mortality in past european populations*, Udine, Forum, 139-152.
- RICHMOND, Kathleen (2004) *Las mujeres en el fascismo español. La sección femenina de la falange, 1935-1959*. Madrid, Alianza Editorial.
- RODRIGUEZ LOPEZ, Sofia (2002) «Referentes históricos de la mujer falangista». En FORCADELL, Carlos; FRIAS, Carmen; PEIRÓ, Ignacio; RÚJULA, Pedro (coords.), *Usos Públicos de la Historia. VI Congreso de la Asociación de Historia Contemporanea*. Vols. 1-2. Zaragoza: Asociación de Historia Contemporanea, p. 565-581.

- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1998) «La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España». *Historia Contemporánea*, 18, 19-52.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; PERDIGUERO, Enrique (eds.) (2006) «Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX», *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 13.
- SALAZAR, Modesta (2009) Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa «Al Servicio de España y del Niño Español (1938-1963)». Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- SALAZAR, Modesta; MARTINEZ, Emilio A.; BERNABEU-MESTRE, Josep (2007) «La salud materno-infantil durante el franquismo: notas bibliométricas sobre el programa “Al Servicio de España y del Niño Español”», *Asclepio*, vol. LIX, 1, 285-314.
- SARASÚA GARCÍA, Carmen; MOLINERO, Carmen (2009). «Trabajo y niveles de vida en el franquismo». En: BORDERIAS, Cristina (ed.). *La Historia de las Mujeres: perspectivas actuales*. Barcelona: Icaria editorial.
- SILES, Jose (2008), *Historia de la enfermería*. Alicante, Ed. Aguacalra.
- STEPPE, H. (2004). «Nursing under totalitarian regimes: the case of National Socialism». En: RAFFERTY, A.M.; ROBINSON, J.; ELKAN, R. (ed.). *Nursing History and the Politics of Welfare*. London, Roulledge.
- VALENZUELA, Joaquín (1942), *Estudios Sociales y de Puericultura para Visitadoras y Enfermeras*, Madrid, Editorial Pueyo.
- VÁZQUEZ LEFORT, Manuel (1920) *Higiene del destete. Nociones elementales referentes a este importante aspecto de la alimentación infantil*, Madrid, Biblioteca de la Medicina Social Española.
- VIÑES IBARROLA, José. (1945) *Bases fundamentales para la lucha contra la mortalidad infantil en nuestro medio rural*, Madrid, Publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S.
- ZAPATERO BALLESTEROS, Faustino; CIRAJAS LABAJO, Fernando (1945). *Manual de la enfermera puericultora y sanitaria escolar*. Barcelona, Salvat Editores.



LA REGULACIÓN DE LA SACARINA EN LA VALENCIA DEL PRIMER  
TERCIO DEL SIGLO XX: SEGURIDAD ALIMENTARIA, COMPETENCIA  
COMERCIAL Y CONTROL DE LA INNOVACIÓN

Ximo Guillem-Llobat

*Institut d'Història de la Medicina i la Ciència López Piñero (UVEG-CSIC)*

*Palau Cerveró*

*Plaça Cisneros, 4*

*46003 Valencia*

*joaquim.guillem@uv.es*

*Resumen: A finales del siglo XIX, el proceso de industrialización de la cadena alimentaria dio lugar a un escenario completamente diferente para la regulación de la calidad y seguridad alimentaria. En este texto analizaremos aquel nuevo escenario a través de un caso especialmente interesante, el de la regulación de la sacarina. Con él presentaremos algunos de los debates que plantearon los nuevos productos industriales para la alimentación y evidenciaremos las negociaciones con las que se resolvieron.*

*Palabras clave: seguridad alimentaria, sacarina, industria, laboratorios municipales.*

*Abstract: By the end of the 19<sup>th</sup> century, the industrialisation of the food chain led to the emergence of new problems in food safety and quality. In this paper I shall analyse these problems by focusing on a case study of special interest, that of the regulation of saccharin. This case study will show some of the main debates raised by the new industrial foodstuffs and will shed light on the negotiations which took place in order to close them.*

*Keywords: food safety, saccharin, industry, municipal laboratories.*

### *Introducción*

Cuando a finales de la década de 1870 Constantin Fahlberg llevó a cabo la oxidación de la ortosulfamida de ácido benzoico, nadie podría haber imaginado que aquello iba a dar lugar a uno de los aditivos alimentarios más controvertidos de las siguientes décadas. Sus experiencias en el laboratorio de química de la *Johns Hopkins University* le llevaron a la producción de una sustancia que sorprendería a propios y extraños por su gran poder edulcorante: la sacarina (Warner, 2008).

Prácticamente desde el momento de su invención, la sacarina estuvo rodeada de controversia. Al hacerse evidente el valor industrial de aquel edulcorante artificial rápidamente se planteó un conflicto en relación a la autoría del descubrimiento. Ira Remsen, quien había dirigido el laboratorio donde trabajaba Fahlberg, dio con la fórmula de la sacarina y reclamó, por tanto, la atención de la comunidad científica en relación al papel que había jugado en tal descubrimiento. Remsen diría que Fahlberg estaba entonces trabajando bajo su supervisión y que sus sugerencias fueron esenciales para llegar a la invención de la sacarina. Fahlberg, por su parte, restaría importancia a la contribución de Remsen tanto en relación a aquellos primeros experimentos como, más aún, en cuanto a las posteriores experiencias que le llevaron al establecimiento de nuevos métodos de producción industrial (Kauffman, Priebe, 1978).

Aquella controversia continuó abierta durante décadas y se dio tanto en tribunales como en el ámbito de la opinión pública. Sin embargo, nunca adquiriría las dimensiones de la controversia que nos ocupará en esta comunicación: aquella que cuestionó la legitimidad del uso normal de la sacarina en alimentación.

La sacarina se desarrolló en un contexto de cambio en la organización de la cadena alimentaria. El proceso de industrialización llevó a una expansión geográfica de las redes de distribución, una creciente mecanización de la producción y procesado de los alimentos y un aumento considerable en el número de etapas (y de intermediarios) por los que pasaba el alimento antes de llegar al consumidor (Goody, 1995). Por otro lado, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX aparecieron una serie de alimentos industriales que inundaron los mercados y contribuyeron a transformar tanto la relación entre consumidor y alimento como la misma concepción de la seguridad

alimentaria. Productos como la margarina, las conservas enlatadas, la leche condensada o las salsas industriales motivaron intensos debates en relación a su regulación (Guillem-Llobat, 2009). En aquel contexto, la comercialización de la sacarina no quedó libre de debate. De hecho, como veremos a continuación, la controversia que generó fue especialmente influyente en el contexto internacional.

Así, el análisis de la regulación de la sacarina tiene un interés que sobrepasa su ámbito estricto para convertirse en un excelente estudio de caso con el que entrar en el debate más amplio sobre la evolución en la regulación de la calidad de los alimentos. En esta comunicación analizaremos la controversia generada por la comercialización de la sacarina haciendo especial énfasis en el contexto local valenciano. El hecho de acotar el estudio a un caso local nos permitirá trazar mejor los diferentes agentes y argumentaciones que se vieron confrontados en aquel contexto y discutir no solo cómo evolucionó la legislación específica, sino también como se aplicaron aquellas regulaciones.

A lo largo de la comunicación nos moveremos desde el ámbito nacional al ámbito municipal. La legislación que tendremos en cuenta será aquella que se aprobó en el primero, ya que era más influyente. Pero después, dada la particular organización de los servicios de represión de fraudes,<sup>1</sup> nos desplazaremos al ámbito municipal para apreciar cómo se aplicaron aquellas normas. El texto acabará con una discusión sobre las motivaciones e intereses que llevaron a aquellas regulaciones moviéndonos de nuevo entre el ámbito nacional y municipal.

### *La construcción de un marco legal para la regulación de la sacarina*

La primera noticia que tenemos sobre la regulación de la sacarina en la legislación española data de 1889. Fue, concretamente, el 27 de marzo de aquel año, cuando se publicó una Real Orden relativa a la necesidad de determinar una nueva política de aranceles para la

<sup>1</sup> Hay que tener en cuenta que a lo largo de todo el periodo que consideraremos cada municipio organizó de manera autónoma sus propios servicios. Aunque no fueron pocos los intentos de acabar con este modelo municipal de organización, en el caso de España estas iniciativas no fueron exitosas.

sacarina. Aquella disposición ya apuntó, por otro lado, la necesidad de regular los usos de aquel edulcorante. Así, se afirmaba que:

Sería conveniente reglamentar la venta de dicho producto, toda vez que sólo puede ser útil empleado como medicamento, y puede acarrear grandes perturbaciones en la economía usado sin prescripción facultativa.

La respuesta a esta demanda llegó al poco tiempo. El 3 de abril de 1889 se publicó una Real Orden por la cual la sacarina pasaba a ser considerada un medicamento. Así, quedaría prohibido su uso en alimentación.

Esta última Real Orden se aprobó siguiendo las recomendaciones de la Real Academia de Medicina. Las autoridades estatales solicitaron un informe y la Real Academia elaboró un texto que incluía abundante información sobre el origen y composición de la sacarina, pero también sobre la legislación que ya se había introducido en Italia. El informe describía cómo se adulteraban los alimentos con sacarina y acababa por pronunciarse a favor de su prohibición en la elaboración de alimentos. Curiosamente, esta prohibición se justificó, en gran medida, haciendo alusión al impacto que la sacarina podía tener sobre la industria del azúcar; una cuestión para la cual la autoridad de aquella institución médica no estaba probada.

Después de la RO de 1889 continuaron publicándose diferentes disposiciones que fueron afinando cada vez más la regulación del mercado de aquel edulcorante artificial. De esta manera, finalmente, se llegaría a la aprobación de la primera ley específica para la regulación de la sacarina, la Ley del 24 de diciembre de 1903. Con esta ley no solo quedaron regulados los alimentos que contenían sacarina sino que también quedaría prohibida la importación, producción, distribución, posesión y comercialización de la sacarina misma. Esta prohibición, sin embargo, fue concretándose con posteriores disposiciones y finalmente se estableció que solo los farmacéuticos podrían importar sacarina, y que lo harían de manera que no almacenasen una cantidad superior a los 4 kilos en su farmacia.

Sobre el papel, parecía que la sacarina tenía sus días contados dentro de la industria agroalimentaria. No obstante, la industria del azúcar de remolacha no parecía estar satisfecha con esta resolución

y continuó demandando mayores controles sobre la sacarina. Sus demandas obtuvieron respuesta, por ejemplo, a través de la RO del 8 de octubre de 1904. Aquella RO estableció, entre otras cosas, que la Sociedad General Azucarera de España quedaba autorizada para designar inspectores especiales que podrían asumir la inspección de establecimientos de producción y de venta de alimentos. Así, la industria azucarera contaría con sus propios medios para hacer cumplir la prohibición del uso de la sacarina en alimentación.

Con el paso del tiempo, ya en la segunda década del siglo xx, parece ser que la tendencia en la regulación de la sacarina tomaría otro camino. A partir de entonces se impulsaron medidas de control que cada vez resultaban más tolerantes con aquel edulcorante. Aunque aún se aprobaría alguna disposición que incrementaba la dureza de las sanciones, como la que en noviembre de 1925 aumentaba las sanciones por contrabando de sacarina, esta no sería ya la regla general.

La nueva tendencia hacia una regulación más laxa se manifestó a través de toda una serie de disposiciones, como la aprobada el 22 de diciembre de 1913 por la que se indultaba a todos aquellos que con anterioridad habían estado sancionados por comercializar sacarina o productos que la contenían. Por otro lado, el 17 de noviembre de 1919 se aprobaba una nueva disposición mediante la cual se autorizaba un nuevo uso de la sacarina; a partir de entonces se podría utilizar en producción de papel de fumar.

El uso de la sacarina empezaba a normalizarse y, así, dejaría de tener un uso restringido a la dieta de diabéticos. Posiblemente por esa razón, con el paso del tiempo empezó a autorizarse el establecimiento de fábricas para su producción. Así, por ejemplo, el 26 de diciembre de 1927 se autorizaba la instalación de una fábrica para la producción de sacarina en Barcelona.

Con el inicio de la Guerra Civil se vuelve a dar un punto de inflexión en la regulación de la sacarina. En aquel contexto bélico nuevamente se dio un paso hacia una regulación más tolerante. A partir de entonces empezó a legalizarse el uso de sacarina en toda una serie de alimentos y bebidas. Así, por ejemplo, el 25 de septiembre de 1939 se autorizó el uso de sacarina en bebidas gaseosas y el 30 de diciembre de aquel mismo año se autorizó en la elaboración de vermúes. En la posguerra, aunque volvería a abrirse el debate, nunca se llegaría a reintroducir una legislación tan severa con el uso de la sacarina.

*La aplicación de las regulaciones: el caso de la ciudad de Valencia*

Hemos visto cómo evolucionó la legislación en el contexto nacional. Pero los estudios que previamente hemos realizado en la regulación de la calidad de los alimentos nos han mostrado que la legislación no se aplicó siempre como cabría esperar<sup>2</sup>. Por esta razón nos trasladaremos ahora hasta el contexto valenciano y consideraremos brevemente hasta qué punto se aplicó esta legislación.

Desde 1881 empezó a funcionar en la ciudad de Valencia un laboratorio químico municipal que tendría como actividad principal el análisis de alimentos y la detección de fraudes (Canet, Martínez, Valor, 1996). En un primer momento, la plantilla del laboratorio era más bien limitada, con un farmacéutico como director, un químico y médico como analista químico y un mozo de laboratorio. Sin embargo, con el tiempo el laboratorio fue incluyendo nuevos analistas, además de incorporar, ya en 1903, dos inspectores encargados de la obtención de muestras. Hasta aquel momento las muestras las habían adquirido inspectores externos al laboratorio o bien particulares (consumidores o productores) que, preocupados por la calidad de un alimento en concreto, facilitaban una muestra para ser analizada<sup>3</sup>. No obstante, la incorporación de inspectores directamente ligados al laboratorio químico permitiría una mejora considerable del servicio de detección de fraudes. Desde la creación del laboratorio, aquel servicio se había visto más limitado en sus tareas de inspección que en el análisis de muestras. De hecho, por la información con que contamos, el labora-

2 Me he referido a la deficiente aplicación de la legislación alimentaria en relación, por un lado, a las disposiciones especiales que regularon la calidad de los alimentos antes de las primeras compilaciones de principios del siglo xx; unas disposiciones que, según autores coetáneos, quedaron dispersas y ocultas. Y por otro, sabemos que para algunos alimentos específicos, como es el caso del aceite, ya en el siglo xx se continuó denunciando el incumplimiento de la legislación específica vigente. Así lo hemos constatado en trabajos como: Guillem-Llobat, X. (2008), *Losing the global view in the establishment of new limits to food quality. The regulation of the food market in Spain (1880-1936)*. *Food & History* 6 (2): 215-246.

3 *Arxiu Municipal de València* (1903). *Creación de dos plazas de Investigadores municipales de Policía Sanitaria nombrándose para los mismos a D. Vicente Batalla y D. Ramón Pastor Narbon (4 septiembre 1903)*. *Sèrie Vària, secció 1a, subsecció D, classe IV, subclasse D* (1903, 2a). núm. 56.

torio no parecía tener problemas para hacerse cargo del análisis de las muestras que le llegaban (Peset Cervera, 1882).

Si nos fijamos concretamente en el tipo de alimentos analizados y adulteraciones detectadas en el laboratorio químico municipal de Valencia, podemos observar que la detección de la sacarina tendría un papel destacado dentro de la actividad de aquel centro. Los informes de actividad del laboratorio muestran que uno de los alimentos más analizados fueron aquellos sospechosos de contener sacarina; fundamentalmente cafés, refrescos, gaseosas, limonadas, horchatas y algunas bebidas alcohólicas como la mistela. El análisis de estos alimentos tomaría un especial interés al iniciarse la segunda década del siglo xx, precisamente después de un intento de la industria azucarera de profundizar en la normativa incluida en la RO del 8 de octubre de 1904.

Hemos de recordar que aquella RO de 1904 autorizó la aparición de unos inspectores especiales (ligados a la industria del azúcar) que recorrerían los establecimientos de producción y venta de alimentos y tomarían muestras de aquellos sospechosos de contener sacarina. En 1909 la industria solicitaría una mayor capacidad de control sobre las sustancias edulcoradas comercializadas y, aunque su solicitud no recibiría una respuesta positiva, parece ser que en la práctica supuso una reactivación del control por parte de los nuevos agentes. En Valencia, esta normativa se tradujo en la aparición de inspectores especiales como Vicente Vilana. La constancia que mostró Vilana en la toma de muestras hizo que el número relativo de las consideradas adulteradas por contener sacarina aumentara considerablemente al principio de la segunda década del siglo xx<sup>4</sup>.

Vilana, por otro lado, no solo fue más activo en la toma de muestras sospechosas de contener el edulcorante artificial sino que, además, amplió su marco de actividad, pasando a incluir de manera más habitual la inspección de establecimientos de producción de alimentos. Hasta su llegada, los inspectores municipales habían centrado sus inspecciones en establecimientos de venta, como pequeños comer-

<sup>4</sup> *Arxiu Municipal de València (1912). Análisis de una muestra de limonada gaseosa entregada en el Laboratorio por D. Vicente Vilana Agente de la Asociación General de Fabricantes de Azúcar de España, procedente de la fábrica de D. Ramón Martínez Rubert, establecida en Alfara del Patriarca, calle de San Bertomeu n° 2. Secció 1a, subsecció D, classe II, subclasse K, caixa 15, núm. 109.*

cios, bares y horchaterías. Vilana, en cambio, tomó igualmente numerosas muestras de fábricas productoras de alimentos edulcorados.

Así pues, la regulación de la sacarina constituyó un estímulo importante para que los servicios valencianos contribuyeran mejor a la represión del fraude alimentario. Lo fue al promover la actividad de sus inspectores y analistas químicos, que aplicaron la normativa estatal a la que nos hemos referido en el apartado anterior. Pero, al aparecer la figura del inspector especial, los servicios valencianos se vieron abocados con todavía mayor intensidad a la persecución de la sacarina. La industria del azúcar reforzaba así el servicio de detección de fraudes precisamente con una contribución sobre su punto más débil, el de la inspección. Pero, además, lo hacía con un agente básicamente preocupado en la detección de la sacarina. Así, con su trabajo constante, Vicente Vilana llevaría a los analistas químicos del laboratorio a verse especialmente involucrados en el análisis de alimentos sospechosos de contener sacarina.

### *¿Por qué tanta preocupación por la sacarina?*

Una vez vista la importancia que se le dio a la regulación del uso de la sacarina en el mercado de la alimentación cabe preguntarse por qué se dio este hecho. ¿Por qué un producto que no podía considerarse parte de la dieta básica motivó tantas iniciativas y ocupó un lugar tan destacado dentro de los debates sobre la regulación de la calidad de los alimentos?

### SU TOXICIDAD

Uno de los argumentos que se esgrimió en la aprobación de nueva legislación fue la toxicidad que la sacarina podía acarrear. En este sentido, se llegó a vincular el consumo de sacarina con problemas digestivos, como es el caso de la dispepsia. Así ocurría, por ejemplo, en el informe que preparó la Real Academia de Medicina en 1889.

Pero si consideramos otras fuentes, podemos observar que en aquel momento no existía un consenso en relación con esta cuestión dentro de la comunidad médica. Por ejemplo, el reconocido médico valenciano Vicent Peset Cervera se manifestó en muchas ocasiones contrario a aquella supuesta toxicidad de la sacarina. Aunque partici-

pó en muchas ocasiones en la detección del uso fraudulento de aquel edulcorante, también es cierto que aprovechó aquellas ocasiones para mostrar su desacuerdo con la prohibición de la sacarina. Lo hizo, por ejemplo, en 1910, cuando fue convocado como experto externo para comprobar la validez de los resultados que habían obtenido los químicos del laboratorio municipal de Valencia en el análisis de unas muestras de refrescos<sup>5</sup>. Por otro lado, algunos años antes, hacia 1907, los Juzgados valencianos de Serranos le interrogaron en relación con la toxicidad de la sacarina, no dudando manifestar entonces su convicción en relación al carácter inocuo del edulcorante. En aquella ocasión Peset Cervera afirmó que para provocar aquellas dispepsias que se le atribuían tendría que consumirse en cantidades difícilmente ingeridas por una persona<sup>6</sup>.

Algunos años más tarde, otro de los higienistas valencianos más reconocidos, Joan Baptista Peset Aleixandre (hijo del anterior), también se pronunció contrario a la prohibición a la que estaba sujeto el uso de sacarina en alimentación. En un artículo publicado en 1911 en la revista *Anales del Instituto Médico Valenciano*, Peset Aleixandre planteó de nuevo que los problemas digestivos asociados a la sacarina requerían del consumo de cantidades totalmente inusuales. De hecho, afirmaba que en dosis como las requeridas para que la sacarina fuera nociva, también lo serían, y en la misma medida, sustancias de uso habitual como el alcohol, el azúcar y otros condimentos (Peset Aleixandre, 1911).

La toxicidad de la sacarina quedaba cuestionada por autores de primera fila. Sin embargo, se podría argumentar que estas discrepancias tampoco fueron exclusivas para el caso de la sacarina. De hecho, se dieron en similar medida en la regulación de otros aditivos alimentarios, como conservantes o colorantes. No obstante, lo que resulta particular de este caso es que el debate no consideraba la posibilidad de que la sacarina resultara letal o gravemente perjudicial para la sa-

<sup>5</sup> *Arxiu Municipal de València* (1910). *Resultado del análisis de una muestra Sidral n° 900 tomada en la calle de Pi y Margall n° 51. Secció 1a, subsecció D, classe II, subclasse K, caixa 12, núm. 24.*

<sup>6</sup> Fons Peset (IHMC-LP) (1907). [Informe de Peset Cervera (como representante de la Academia de Medicina) sobre las consecuencias del uso de la sacarina en la limonada. Preparado a petición de los Juzgados de Serranos (11 de mayo de 1907)].

lud. El debate estaba en la posibilidad de que pudiera generar una ligera indigestión. Aun así, el volumen de legislación que promovió la regulación de la sacarina fue muy superior al que generarían otros aditivos que podían provocar efectos mucho más nocivos. Es por esta razón que, aunque pudiéramos en duda los planteamientos de los Peset, la toxicidad de aquel edulcorante continuaría resultando insuficiente para explicar la reacción que se dio en el ámbito legislativo.

#### SU BAJO VALOR NUTRICIONAL

Otro argumento que se expuso para promover la prohibición de la sacarina fue su bajo valor nutricional. Algunos científicos dedujeron este hecho al observar que se eliminaba prácticamente inalterada a través de la orina. Ahora bien, esta conclusión sería cuestionada nuevamente por científicos de primera línea.

El mismo Peset Alexandre, al que nos referíamos anteriormente, se pronunciaría en relación a esta misma cuestión desde una perspectiva bien diferente. Por un lado, diría que el hecho de eliminarse sin haberse alterado era en verdad una muestra de su carácter inocuo. Por otro lado, planteó que por tratarse de un condimento tampoco tenía por qué ser especialmente nutritivo (Peset Alexandre, 1911). De hecho, también podríamos añadir que, al utilizarse en bebidas (como podía ser la horchata, la limonada o la gaseosa) que no formaban parte del sustento básico de la población, su menor valor nutricional no condicionaría sustancialmente la salud de los consumidores.

Al final, ninguno de los argumentos expuestos hasta el momento parecían ser suficientes ni para justificar la tendencia en la regulación de la sacarina ni su papel destacado en el conjunto de la regulación de la calidad de los alimentos. Posiblemente la principal explicación a aquella tendencia en la regulación tendríamos que buscarla en otro de los argumentos que se incluyó tanto en normativas como en informes de expertos; nos referimos a la defensa de intereses comerciales particulares. Unos argumentos que, en todo caso, acostumbraron a presentarse acompañados (y suavizados) por aquellos argumentos ligados a la salud a los que hacíamos referencia con anterioridad.

## SU IMPLICACIÓN SOBRE OTROS INTERESES COMERCIALES

En nuestro recorrido por la legislación específica de la sacarina hemos podido observar que los argumentos de carácter comercial se dieron hasta en ámbitos donde no resultaban naturales. Cuando, hacia finales de la década de 1880, la Real Academia de Medicina preparó un informe que habría de condicionar la regulación de la sacarina, esta institución médica ya tuvo en cuenta los intereses comerciales de la industria azucarera local. Lo hizo al considerar la defensa de estos intereses como un argumento importante para impulsar la prohibición de la sacarina en alimentación.

Al referirnos a aquel episodio ya hemos mostrado nuestra sorpresa ante este hecho. Aquel posicionamiento parecía responder más a las presiones que pudieron ejercer los industriales sobre la Academia que a ser el producto de su aportación experta, en cuanto institución médica, al debate sobre la sacarina. Pero, ¿era realmente posible que dicha institución médica pudiera sucumbir a tales intereses?

En realidad no era ni la primera ni la última vez que se alzaban tales sospechas en relación a la permeabilidad de la Real Academia a intereses comerciales particulares. Precisamente, este hecho también se dio a finales de la década de 1880 al iniciarse una controversia en relación al uso del aceite de oliva en la elaboración del pimentón. En aquella controversia se vieron involucrados importantes intereses comerciales y para el debate se buscó, nuevamente, un pronunciamiento de instituciones médicas como la Real Academia de Medicina. Su posicionamiento en aquella controversia sería criticado por algunos sectores, que argumentaban que la institución médica estaba mostrándose claramente influenciada por algunos de los sectores comerciales involucrados (Pulido, 1902). En este momento no entraremos en aquella controversia pero, en todo caso, valga la referencia como ejemplo de cómo se cuestionaba ya entonces la permeabilidad de la Real Academia a los intereses comerciales.

Si volvemos a nuestro estudio de caso, podría resultar clarificador que por un momento nos detuviésemos en el peso económico y político de la industria local del azúcar. En este sentido, tenemos que tener en cuenta que hasta mediados del siglo XIX el azúcar consumido en España era de caña y provenía de las colonias antillanas. Hacia los años sesenta del siglo XIX, aquel azúcar empezó a entrar en

competencia con un nuevo núcleo productor de azúcar que se situó en Andalucía. También en esta región empezó a producirse azúcar a partir de la caña.

Sin embargo, fue ya en los años ochenta cuando apareció el embrión de aquella industria azucarera española que finalmente se impuso en el mercado nacional. Fue entonces cuando, también en Andalucía, surgió una nueva producción fabril de azúcar a partir de remolacha; una producción que resultó mucho más competitiva (German Zubero, 2003).

En aquel momento el consumo de azúcar en el país era más bien bajo si lo comparamos con el consumo en otras regiones europeas. Además, la nueva industria tenía que competir con el azúcar de caña de las colonias antillanas. Por todo ello, en un primer momento la industria del azúcar de remolacha veía limitadas sus posibilidades de crecimiento. Sin embargo, a finales del siglo XIX se abrieron nuevas posibilidades para el desarrollo de aquella industria al perderse las colonias en 1898 y al imponerse, al poco tiempo, una política económica proteccionista que afectaría al conjunto de España.

En aquel contexto se dio un aumento sin precedentes de la producción de azúcar de remolacha. De manera que, pese al importante aumento en la demanda que se dio entre 1899 y 1902, la producción llegó a doblar la demanda de azúcar. Aquel aumento llevó a una breve crisis del sector por sobreproducción, un hecho que no podemos dejar de vincular a la fuerte persecución que la sacarina empezó a sufrir en aquel momento. En aquel momento de crecimiento y dificultades, la industria del azúcar de remolacha tendría un especial interés por acabar con la nueva competencia que le podía plantear aquel edulcorante artificial. Y, de hecho, como sabemos, promoverían de manera insistente la aprobación de una nueva normativa que limitara las posibilidades de expansión de la industria de la sacarina.

Pero, ¿qué posibilidades reales tenía la industria azucarera de influir en las autoridades estatales? Para responder a esta pregunta no podemos referirnos al creciente poder económico de aquel sector industrial, sino también a su cohesión y organización, así como a sus contactos directos con las más altas esferas de la política nacional. Hacia 1903, la nueva industria del azúcar de remolacha se organizó dentro de la Sociedad General Azucarera de España. Y fue desde esta sociedad desde donde pudieron alzar una voz unitaria contra el que

podía erigirse en su principal competidor comercial, la industria de la sacarina (Donoso, 1912). En cuanto a la influencia política de la Sociedad, cabe tener en cuenta que, por ejemplo, el Marqués de Pidal, ministro de Fomento, fue el primer presidente de la Sociedad. Por otro lado, dos de los consejeros de la Sociedad también mostraron vínculos especiales con las altas esferas de la política española. Castellano Villarroya fue nombrado ministro de Hacienda en 1904 y Rodríguez Sagasta, sobrino de Práxedes Sagasta, ministro de Hacienda en dos ocasiones (Doval País, 1996).

Estos hechos, seguramente, fueron determinantes para que la industria del azúcar tuviera éxito en su campaña por una legislación más restrictiva para la sacarina. Un éxito que llegó justo cuando aquella industria necesitaba en mayor medida impedir la aparición de posibles competidores. Su poder económico y político y su organización también serían determinantes para que se les concediera en 1904 la posibilidad de establecer aquellos inspectores especiales que, como veíamos antes, llevaron a una aplicación más eficaz de las regulaciones.

Sin embargo, hemos comentado que ya bien entrada la segunda década del siglo xx empezaron a darse algunos movimientos a favor de una regulación más laxa del uso de la sacarina en alimentación. También decíamos que ya en la Guerra Civil se daría un nuevo punto de inflexión en la regulación que todavía daría lugar a una mayor permisividad en el uso de aquel edulcorante. ¿Por qué se dio este cambio? ¿Estaba la industria azucarera perdiendo su poder económico o político? ¿Había quedado descohesionado el sector?

Aquel cambio no tendría tanto que ver, probablemente, con el cambio en las posibilidades de influencia de la industria azucarera como con su menor ímpetu a la hora de condicionar las posibilidades de expansión de la industria de la sacarina. Hay que tener en cuenta que en aquel momento ya habían superado sus problemas de sobreproducción y que, de hecho, entre 1916 y 1920 España llegó a importar azúcar desde el extranjero. Con el inicio de la Guerra Civil, las dificultades a la hora de suplir la demanda de azúcar todavía se verían más acentuadas, y así se justificaría la mayor permisividad en la regulación. De este modo, cuando bajaron las presiones ejercidas por los industriales del azúcar la tendencia en la regulación de la sacarina empezó claramente a invertirse.

### *Conclusiones*

El análisis de la evolución en la regulación de la sacarina nos ha planteado algunas cuestiones fundamentales para entender cómo se establecieron las nuevas regulaciones en materia de seguridad alimentaria en el contexto de la nueva organización industrial de la cadena alimentaria de finales del s. XIX-principios del s. XX. Hemos visto cómo los intereses económicos pudieron desempeñar un papel fundamental. En la medida en que se estableció un modelo de producción a gran escala aparecieron nuevos agentes económicos con una capacidad de influencia mucho mayor. Cuando, además, estos industriales consiguieron asociarse y pronunciarse con una sola voz, su influencia sobre las autoridades estatales aun se vio aún más acentuada. En estas sociedades, por otro lado, se dieron circunstancias que todavía las hicieron más influyentes. En casos como el de la Sociedad Azucarera los contactos con las altas esferas de la política estatal fueron evidentes y seguramente determinantes.

En todo caso, hemos visto cómo la retórica médica que cabía esperar en la regulación de la seguridad alimentaria continuó dándose; lo hizo aun cuando era evidente que, en la práctica, no tenía demasiado peso. Por otro lado, también hemos mostrado cómo la comunidad médica tuvo igualmente su oportunidad de participar en los debates previos al establecimiento de nueva legislación. No obstante, en casos como el de la regulación de la sacarina, y posiblemente en otros como el de la regulación del pimentón, desaprovecharon su oportunidad para plantear un discurso alternativo y propio desde una perspectiva estrictamente sanitaria.

Al final, casos como el aquí analizado ponen en evidencia la diversidad de factores que influyeron en la evolución de la regulación de la calidad de los alimentos y la complejidad con que estos factores interactuaron para dar lugar a una u otra tendencia en la legislación, lo que demuestra que el ámbito de la alimentación y la salud no son condicionados únicamente por elementos sanitarios, sino también por intereses económicos y políticos.

*Bibliografía Secundaria*

- CANET, M. A.; MARTÍNEZ, F. J. y VALOR, J. (1996) «La institucionalització de la salut pública a València: dels laboratoris químic i bacteriològic a l'Institut Municipal d'Higiene». En BARONA, Josep Lluís y MICÓ, Joan (eds.) (1996) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència. pp. 191-214.
- DOVAL PAIS, A. (1996) *Delitos de fraude alimentario. Análisis de sus elementos esenciales*. Pamplona: Aranzadi Editorial.
- GERMÁN ZUBERO, L. (2003) «Características del desarrollo del complejo remolachero-azucarero en España, 1882-2000». En BARCIELA LÓPEZ, C. y DI VITTORIO, A. (eds.) (2003) *Las industrias agroalimentarias en Italia y España durante los siglos XIX y XX*. Alacant: Publicaciones de la Universidad de Alicante. pp. 335-356.
- GOODY, J. (1995) *Cocina, cuisine y clase: estudio de sociología comparada*. Barcelona: Gedisa.
- GUILLEM-LLOBAT, X. (2008) «Losing the global view in the establishment of new limits to food quality. The regulation of the food market in Spain (1880-1936)». *Food & History* 6 (2): 215-246.
- GUILLEM-LLOBAT, X. (2009) *De la cuina a la fàbrica. L'aliment industrial i el frau. El cas valencià en el context internacional (1850-1936)*. Alacant: Publicacions de la Universitat d'Alacant.
- KAUFFMAN, G.B.; PRIEBE, P.M. (1978) «The discovery of Saccharin: a centennial retrospect». *Ambix*, 25 (3): 191-207.
- WARNER, D.J. (2008) «Ira Remsen, Saccharin, and the Linear Model». *Ambix*, 55 (1): 50-61.

*Fuentes*

## FUENTES DE ARCHIVO

- ARXIU MUNICIPAL DE VALÈNCIA (1903). *Creación de dos plazas de Investigadores municipales de Policía Sanitaria nombrándose para los mismos a D. Vicente Batalla y D. Ramón Pastor Narbon (4 septiembre 1903)*. Sèrie Vària, secció 1a, subsecció D, classe IV, subclasse D (1903 (2a)). núm. 56.

- ARXIU MUNICIPAL DE VALÈNCIA (1910). *Resultado del análisis de una muestra Sidral n° 900 tomada en la calle de Pi y Margall n° 51*. Secció 1a, subsecció D, classe II, subclasse K, caixa 12, núm. 24.
- ARXIU MUNICIPAL DE VALÈNCIA (1912). *Análisis de una muestra de limonada gaseosa entregada en el Laboratorio por D. Vicente Vilana Agente de la Asociación General de Fabricantes de Azúcar de España, procedente de la fábrica de D. Ramón Martínez Rubert, establecida en Alfara del Patriarca, calle de San Bertomeu n° 2*. Secció 1a, subsecció D, classe II, subclasse K, caixa 15, núm. 109.
- FONS PESET (IHMC-LP) (1907). [Informe de Peset Cervera (como representante de la Academia de Medicina) sobre las consecuencias del uso de la sacarina en la limonada. Preparado a petición de los Juzgados de Serrans (11 de Mayo de 1907)].

## FUENTES IMPRESAS

- DONOSO, A.M. (1912) *Desenvolvimiento de la industria azucarera en España y en especial de las fábricas de azúcar de remolacha: desde 1899 hasta 1911*. Madrid: Sucesores de J.A. Garcia.
- PESET ALEIXANDRE, J.B. (1911) «Investigación forense de la sacarina». *Anales del Instituto Médico Valenciano*, 9: 129-138.
- PESET CERVERA, V. (1882) «El Laboratorio Químico Municipal de Valencia». *Gaceta de los hospitales*, 18: 409-414.
- PULIDO, A. (1902) *Estudios de la Dirección General de Sanidad sobre la mezcla de pimentón y aceite*. Madrid: Enrique Teodoro.

## LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE LA NUTRICIÓN EN EL PERIODO DE ENTREGUERRAS

Josep L. Barona

*Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero  
Universitat de València-CSIC*

Esta ponencia es producto de un proyecto de investigación iniciado en 2005 por un grupo de investigadores españoles de las Universidades de Valencia, Alicante, 'Miguel Hernández' de Elche y del Instituto de Historia del CSIC (Madrid), dedicado a historia de la nutrición en el siglo xx tomando como principal referencia la sociedad española<sup>1</sup>. El proyecto estaba coordinado por Josep Bernabeu y se orientaba principalmente desde la perspectiva de las relaciones entre nutrición y salud, en el contexto de la génesis de la llamada *nutrición comunitaria*. Mis anteriores investigaciones se habían centrado en torno a la participación española en el movimiento sanitario internacional y, al abordar los orígenes de la nutrición comunitaria, la interacción entre el ámbito local y el contexto internacional surgió como un referente ineludible (Barona y Bernabeu, 2008). En un período histórico tan complejo como la primera mitad del siglo xx, la interacción entre los conocimientos y las prácticas sociales, entre lo local, lo nacional y lo internacional, aconsejaban un planteamiento integrador de todas esas dimensiones. En consecuencia, decidí orientar mi contribución a la investigación de grupo desde la perspectiva de lo que se ha dado en llamar *historia internacional*, centrada en este caso en el análisis de los diferentes agentes que contribuyeron a definir el problema de la alimentación desde una perspectiva europea.

Conviene no perder de vista el marco histórico. El historiador británico Eric Hobsbawm ha calificado la primera mitad del siglo xx como *Age of extremes*, como una etapa de extremismos, de revolu-

<sup>1</sup> El proyecto *Nutrición y salud en la España de la primera mitad del siglo xx* (2005-2008) fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

ciones, crisis y conflictos, en todos los órdenes de la vida social, los valores y los referentes que definen la condición humana (Hobsbawn, 1995). Baste considerar el impacto de la Gran Guerra —la I Guerra Mundial (1914-1918)—, el auge del movimiento obrero y la amenaza revolucionaria, que fructificó en el triunfo bolchevique en la Revolución soviética y su creciente influencia internacional, la amenaza del nacionalismo y la expansión nacionalsocialista, el enfrentamiento y la tensión entre la Triple Alianza y la Entente, que dividió a Europa en dos bloques en conflicto, como antesala de la Guerra Civil española (1936-1939), que puede considerarse a su vez como el inicio y preámbulo de la II Guerra Mundial (1939-1945) y del fracaso de las políticas de negociación y apaciguamiento puestas en práctica por las democracias liberales. Todos estos acontecimientos trazan un panorama de tensión, de radicalidad e inestabilidad política que son el reflejo de la crisis de las democracias liberales y del auge de los totalitarismos.

También en el dominio económico, las primeras décadas del siglo xx estuvieron marcadas por la crisis. A las excepcionales circunstancias de conflicto social que siempre acompañan a los momentos de preguerra, guerra y posguerra, hay que añadir la gran debacle provocada por el *crash* económico de 1929 y la gran depresión de los años 30, caracterizada por una profunda crisis de producción, tanto agrícola como industrial, y por el hundimiento estrepitoso del comercio internacional, que transformó de golpe el mapa de distribución de la riqueza, creó enormes bolsas de pobreza y desempleo y alteró la cartografía demográfica europea a causa de las migraciones sin control. Un panorama oscuro en momentos clave para la transformación del sistema productivo y las aspiraciones de emancipación de la mujer y su incorporación al mundo laboral, lo que significaba también una transformación de las dinámicas y los roles familiares. Una etapa que Charles Chaplin retrató en sus *Tiempos modernos* como un cambio de modelo productivo impulsado por el *fordismo* y *taylorismo*, por la producción en masa y el acceso al primer plano del ciudadano medio como consumidor y protagonista de la vida económica y social.

Desde cualquier punto de vista que se considere, la primera mitad del siglo xx aparece como una etapa crítica, contradictoria y esencial en esa transformación de las sociedades europeas calificada por el sociólogo Norbert Elias como *proceso de civilización*, al que definió como un fenómeno de internalización gradual de restricciones socia-

les externas que prescribían las conductas y los valores. Un proceso de civilización que generaba sentimientos de vergüenza hacia uno mismo y de repugnancia hacia los demás (Elias, 1939)<sup>2</sup>. Elias defendía que en las sociedades modernas occidentales los comportamientos relacionados con el cuerpo, como es el caso de los hábitos alimenticios, empezaron a verse estrictamente regulados en ese período. Un *proceso civilizador* que puede también interpretarse como la génesis de lo que Alfons Labisch ha denominado la construcción del *homo hygienicus* (Labisch, 1992), expresión en definitiva del triunfo y la difusión de los ideales y de los valores de las burguesías medias urbanas. Ése fue el caldo de cultivo de un nuevo concepto de ciudadanía y de la expansión de los derechos civiles, entre los cuales el hambre, la pobreza extrema, la enfermedad evitable, la mortalidad infantil y la asociada al parto, el abandono de los niños, etc., configuraron un universo de situaciones intolerables que urgía corregir o evitar.

Esa misma etapa marcó también un hito en el ámbito de la cultura, como factor clave en la consolidación de la idea de innovación, *modernidad* y *progreso*. La nueva sociedad burguesa impulsó el apogeo de la cultura urbana y el cosmopolitismo frente a los valores de la vida en la naturaleza; impulsó exposiciones universales en las principales capitales de Europa, rindió culto a las vanguardias artísticas y al arte que rompía con las concepciones y los cánones anteriores, y exhibió un nuevo modelo de ciudadanía universal asociada a la cultura urbana, que contrastaba con la imagen empobrecida y miserable del medio rural, un espacio considerado cada vez más como *atrasado*, *poco refinado*, *anti-higiénico* y *rudo*, es decir, *poco civilizado* de

2 Elias, N. *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes* and *Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Zivilisation*. Basel: Verlag Haus zum Falken, 1939 (publicado en inglés como *The Civilizing Process, Vol.I. The History of Manners*, Oxford: Blackwell, 1969, y *The Civilizing Process, Vol.II. State Formation and Civilization*, Oxford: Blackwell, 1982). Véase también Andresen, A et alii (eds), *Citizens, Courtrooms, Crossings*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2008; Barnes, D. S., *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle against Filth and Germs*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2006, y Andresen, A.; Barona, J. L. y Cherry, S. (eds.), *Making a New Countryside. Health Policies and Practices in European History ca. 1860-1950*. Frankfurt, Peter Lang, 2010.

acuerdo con los nuevos cánones de la burguesía urbana (Andresen *et alii*, 2008).

En medio de esa compleja coyuntura histórica emergió con fuerza el protagonismo intervencionista del Estado como elemento fundamental para la gestión y regulación de los conflictos y para impulsar las políticas de estabilización. El liberalismo burgués y los ideales democráticos habían evolucionado desde el tradicional *laissez faire* decimonónico que abominaba del Estado en favor de un compromiso activo normalmente asumido bajo la forma del *estado protector* o *providencial*. El estado emergió a comienzos del siglo xx como elemento regulador, como baluarte de la equidad y el *bien común*, que reglamentaba la vida social para evitar abusos, que se legitimaba como garante del interés colectivo, por encima de los intereses particulares, de clase o grupo social, que impulsaba la actividad científica y los programas de asistencia social, la construcción de viviendas dignas y escuelas higiénicas, el diseño de ensanches urbanos, etc. El Estado se convirtió en regulador de las desigualdades y principal defensor de los derechos de los ciudadanos. En consecuencia, en los países occidentales se desarrollaron modelos de administración pública tanto en el ámbito local como nacional.

Por otra parte, la enorme dimensión de los problemas sociales, políticos y económicos exigió la configuración de un marco internacional, que a menudo sirvió de referencia para las iniciativas estatales. El Tratado de Versalles (1919) trazó un nuevo marco, no exento de polémica, para las relaciones internacionales, y la Sociedad de Naciones no solo se propuso impulsar políticas de estabilización enfocadas al comercio y a afrontar los conflictos políticos y económicos; también desarrolló un papel determinante en la salud pública internacional y en el nacimiento de la *medicina social* (Weindling, 1995), marcando una nueva etapa de organización institucional tras las conferencias sanitarias internacionales, los congresos internacionales de estadística, higiene y demografía, tuberculosis o salud infantil. La filantropía internacional, a través de organizaciones como la Fundación Rockefeller o la Cruz Roja, adquirieron una gran relevancia como agentes en la sanidad internacional en colaboración con los estados.

En ese contexto, la nutrición y la alimentación humana se configuran como un excelente territorio de análisis, cuyas múltiples dimensiones permiten explorar la génesis del conocimiento experimental,

los intereses sociales implicados y la transferencia de conocimientos y prácticas hacia la salud pública, la economía, el comercio y la política. La excepcional confluencia de todos los factores que marcaron el contexto histórico del período de entreguerras contribuyó a construir el *problema de la nutrición* (Barona, 2010).

Entre los elementos que más pesaron en esa construcción cabe destacar, en primer lugar, la nueva significación cultural, social, política y económica del hambre, la alimentación y la dieta. En segundo lugar conviene recordar también la ideología sanitaria vigente en la época, que asociaba estrechamente la nueva idea de ciudadanía al derecho a la salud y a una alimentación digna y suficiente como un atributo inalienable, al tiempo que la llamada *resistencia orgánica* —solo garantizada en los organismos sanos mediante una buena dieta, sin la cual la debilidad estaba garantizada— era considerada indispensable como defensa frente a la infección. En consecuencia, los grupos sociales más desfavorecidos o aquéllos sumidos en la pobreza veían afectada su capacidad de defensa frente a las enfermedades sociales dominantes como la tuberculosis o las infecciones de la infancia. La mala alimentación era considerada como antesala de la infección, de modo que microbios y alimentos focalizaron la preocupación de médicos e higienistas. Se comprende, así pues, el interés por identificar enfermedades carenciales y definir desde parámetros científicos el concepto de enfermedad carencial, *desnutrición* y *malnutrición*.

El *problema de la nutrición* fue construido durante el período de entreguerras a partir de una multiplicidad de dimensiones. Un primer aspecto era el político y militar, puesto que en una etapa de crisis prebélica, como también en momentos de guerra y de posguerra, era urgente garantizar una dieta mínima para toda la población y, en particular, evitar la hambruna en ciertos grupos de riesgo: niños, madres, ancianos, parados, enfermos y soldados. En segundo lugar, la dimensión económica del suministro de alimentos adquirió gran relevancia debido al deterioro del llamado *global food system*, que se había ido construyendo a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Las crisis bélicas y el *crash* de 1929 pusieron patas arriba la producción y el comercio mundial de alimentos con unas consecuencias terribles para la década de los años 30, que culminó con la II Guerra Mundial.

En un sentido estrictamente comercial la crisis del *global food system* no solo provocó escasez y carestía, sino que también impulsó el nacionalismo y el retorno a la protección de los mercados nacionales. Todos estos factores favorecieron la creciente industrialización de un número cada vez mayor de alimentos (leche, chocolate, aceite, azúcar, etc.) a diferencia de las formas tradicionales de manufactura artesanal, lo que originó la necesidad de regular su producción, vigilar más estrechamente los fraudes y adulteraciones, y controlar el uso de aditivos, colorantes y conservantes. En definitiva, obligó a debatir y consensuar nuevas normas para delimitar con precisión lo permisible y lo inaceptable en la alimentación humana, un debate que tenía como trasfondo —fácil es adivinarlo— la distinción entre lo natural y lo artificial.

La importancia económica, sanitaria y política de la nutrición puso enseguida de relieve su dimensión cultural. Los expertos higienistas y las autoridades políticas tomaron conciencia de las profundas diferencias que mostraban los hábitos dietéticos, las costumbres culinarias y las tradiciones entre grupos sociales diversos —por ejemplo, entre zonas urbanas y zonas rurales de un mismo país— y entre amplias regiones europeas. Era necesario analizar las necesidades nutritivas en las distintas edades y sexos, entre trabajadores manuales, obreros y campesinos y otros grupos profesionales más sedentarios, lo que estimuló trabajos de campo, encuestas e informes destinados a establecer una especie de cartografía de la nutrición y el hambre, cuyo objetivo era servir de fundamento para la acción política y la protección social. En esa dirección trabajaron en diversos países, y con diversos nombres, comisiones e institutos de reformas sociales, impulsando por ejemplo encuestas sobre alimentación; pero también el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y el Instituto Internacional de Agricultura, punto de partida de la FAO.

El conocimiento científico, la nueva ciencia experimental de la nutrición, tenía que convertirse en la piedra angular de la alimentación sana y también de la producción de alimentos. Ello requería unos conocimientos fisiológicos perfectamente fundados en el laboratorio sobre el coeficiente calórico, el valor nutritivo y las necesidades de principios inmediatos, vitaminas y minerales (Barona, 2008). Había que definir con precisión los parámetros de la *dieta óptima* y los requisitos de la *dieta mínima*, para aplicar esos conocimientos a las

estrategias de racionamiento en tiempo de guerra y carestía. Por otra parte, el establecimiento de estándares fisiológicos tenía que permitir determinar los límites de lo normal y lo patológico, delimitando los conceptos de deficiencia alimentaria, desnutrición y malnutrición.

Adquirió así relevancia la figura del *experto en fisiología de la nutrición*, que tenía ante sí el reto de establecer los métodos de exploración fisiológica, clínica o antropométrica, desarrollar encuestas y recopilar datos para evaluar el estado nutritivo de la población y para conceptualizar y delimitar todo tipo de enfermedades carenciales y de estados de malnutrición en niños y en la población adulta. En la medida en que la nutrición, la disponibilidad de alimentos y el hambre dejaron de ser un mero elemento de regulación natural de la población, pasaron a ser piedra angular de la economía y la política y se convirtieron en parte esencial del proceso civilizador y disciplinante de las conductas. De este modo, la dieta y la nutrición abrieron durante el período de entreguerras una amplia vía para la medicalización de la dieta, para la expansión social del conocimiento médico y para la industrialización y el desarrollo de una poderosa industria y el comercio internacional de alimentos.

En síntesis puede afirmarse que el *problema de la nutrición* se construyó como consecuencia de un desajuste entre lo que se producía, lo que se distribuía a través del comercio y lo que la población demandaba para el consumo, puesto que los hábitos dietéticos mostraban tradiciones contrarias a la nueva lógica de la ciencia de la nutrición y a la evolución del mercado de alimentos.

Una vez delimitados los parámetros del problema de la nutrición había que establecer una estrategia para resolverlo. Evidentemente, la respuesta pasaba por la configuración de un nuevo sistema de producción de conocimiento científico y una transformación de las prácticas sociales; una nueva cultura de la alimentación y del consumo, de la regulación de lo comestible y una redefinición del alimento. Esa estrategia fue impulsada mayoritariamente por organismos internacionales y por los estados, tanto desde instancias locales como nacionales, con un carácter multidimensional orientado hacia la transformación del sistema de producción de alimentos, regulación de la producción industrial y control de la calidad, del empleo de conservantes y colorantes, el fraude y las adulteraciones. En esta labor desempeñaron una función muy importante el Comité de Higiene de la Sociedad

de Naciones, el Instituto Internacional de Agricultura —germen de la FAO—, la Organización Internacional del Trabajo y la Fundación Rockefeller. Había que transformar sustancialmente el comercio internacional y hacer frente a la situación excepcional planteada por la guerra. Por otra parte, había que transformar los hábitos dietéticos de acuerdo con patrones previamente definidos científicamente y mejorar mediante la buena alimentación los niveles de salud.

El fundamento de toda esa nueva arquitectura social era la génesis de una nueva ciencia experimental de la nutrición, basada en unos conceptos fisiológicos exactos que permitieran establecer los límites entre salud y patología. Ese fue el principal argumento legitimador del experto, de la creación de comisiones internacionales de expertos en nutrición y la celebración de conferencias internacionales sobre la materia. El impacto brutal de las guerras mundiales y de la guerra de España aceleró la respuesta internacional y aportó un campo de pruebas excelente para la nueva ciencia de la nutrición.

La génesis del nuevo conocimiento sobre nutrición se desarrolló principalmente entre 1920 y 1945 y tuvo las siguientes orientaciones fundamentales:

1. Realización de encuestas e informes técnicos sobre la dieta y los hábitos de consumo de alimentos en los diversos países europeos, en zonas rurales, así como el consumo específico de alimentos como la carne, el arroz, la leche o el azúcar. Estos informes incluían también estudios sobre grupos sociales específicos especialmente sensibles, tales como las mujeres embarazadas, la infancia, los obreros industriales, los campesinos o los desempleados. Estos trabajos fueron apoyados por los organismos internacionales y las organizaciones filantrópicas.

2. La puesta en marcha de estrategias de salud pública desde las escuelas nacionales de sanidad orientadas a formar especialistas en nutrición, principalmente entre el personal sanitario, y también a programar campañas de divulgación entre la población, encaminadas a modificar los hábitos dietéticos. Se trataba, en definitiva, de educar en los principios de la ciencia de la nutrición.

3. El desarrollo de una metodología empírica, establecida a partir de las investigaciones de los especialistas, para llevar a cabo estudios sobre la nutrición desde una doble orientación: las encuestas o estudios sociales sobre hábitos dietéticos y los métodos de exploración. El punto de partida de estos últimos era la fisiología experimental,

complementada mediante estudios antropométricos, clínicos y fisiopatológicos para detectar con parámetros científico-experimentales el estado nutricional, las deficiencias como el *beri-beri*, la pelagra o las neuropatías carenciales, así como los distintos niveles de malnutrición.

Todo ello comportaba la necesidad de homologación de una metodología empírica y también el acuerdo sobre estándares de vitaminas, minerales y principios inmediatos en alimentos y dieta. La investigación experimental estaba llamada a establecer *standards for adequate nutrition* y de la nueva ciencia emergió también un nuevo lenguaje. Se empezó a hablar de dieta óptima, dieta mínima, alimentos protectores y alimentos suplementarios, del método calórico y el coeficiente energético, de estándares dietéticos para grupos de población específicos, del valor nutritivo de los alimentos y los principios inmediatos, del metabolismo basal y los requisitos calóricos o de las escalas de coeficiente familiar en tiempos de racionamiento.

Todo ello significó la génesis de un gran corpus de conocimiento científico que fue el punto de partida de la acción política y la producción industrial. El Estado, como agente regulador, estabilizador, disciplinante y civilizador, con la ayuda de las grandes corporaciones internacionales, impulsaron políticas de nutrición comunitaria, formaron expertos nutricionistas y organizaron campañas desde las secciones de higiene de la alimentación y nutrición comunitaria de las Escuelas Nacionales de Sanidad y los institutos de puericultura para influir sobre las madres, que eran el principal agente transmisor de conocimientos y prácticas dietéticas en el seno de la familia. Desde la segunda mitad de los años treinta proliferaron también por Europa diversos Institutos de Higiene de la Alimentación encargados de establecer las políticas de racionamiento en períodos de crisis, guerra y posguerra.

### *Una nueva cultura de la nutrición*

Tradicionalmente, la situación alimenticia de la población no era una cuestión ligada a la economía política o a las políticas de estado. Más bien al contrario, el hambre se asociaba a la pobreza, y los hábitos alimenticios a la cultura, sin ninguna implicación moral, social o sanitaria (Vernon, 2005). Con el advenimiento del Estado como agente

regulador social, el hambre y la alimentación se situaron en una enrucijada entre la ciudadanía, la cultura, la economía y la salud<sup>3</sup>. La disponibilidad de alimentos se convirtió en un desafío para muchas zonas y para la mayoría de los ciudadanos. La escasez y el hambre, el miedo a la privación y la reglamentación sobre alimentos se convirtieron en una experiencia europea durante la primera mitad del siglo xx. El mercado y la producción de alimentos habían estimulado la aparición de un *global food system* a finales del siglo xix, que entró en una crisis profunda durante el periodo de entreguerras, lo que incrementó la acción de los estados y el nacionalismo económico proteccionista.

Los historiadores se han acercado tradicionalmente a la alimentación y la nutrición desde una doble orientación. Una de ellas tiene como referencia la salud pública y el estado nutritivo de la población, las consecuencias demográficas y epidemiológicas de la dieta y el hambre, y el conocimiento científico sobre los alimentos<sup>4</sup>. La otra tendencia de la historiografía se refiere a las políticas agrícolas, la producción de alimentos, el consumo y su influencia en la economía, el comercio y el mercado<sup>5</sup>. Consecuencia de estas dos orientaciones han

3 Barona, J. L. «Rural Life and the Problem of Nutrition. Technical Approaches by the Nutrition Committee of the League of Nations». En: Andresen, A.; Gronlie, T.; Ryymin, T. (eds.), *Science, Culture and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2006, págs. 201-214; Smith, D. F.; Phillips, J. (eds.), *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century. International and Comparative Perspectives*. London, Routledge, 2000; Vernon, J., 2005; Barona, J. L. «Nutrition and Health», 2008, págs. 87-105.

4 Barona, 2006; Barona, J. L. «Nutrition, knowledge, and action. International trends and social policies in Spain, 1931-1944.» En Andresen, A.; Gronlie, T. (eds.), *Transferring Medico-Political Knowledge in 19th and 20th Century Europe*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2007; Borowy, I.; Grüner, W. D. (eds.), *Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years 1918-1939*. Frankfurt, Peter Lang, 2005; Del Cura, M. I.; Huertas, R., *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. Madrid, CSIC, 2007; Kamminga, H. y Cunningham, A., *The Science and Culture of Nutrition. (1840-1940)*. Amsterdam, Rodopi, 1997.

5 Caplan P. (ed.), *Food, Health and Identity*. London, Routledge, 1997; Daunton, M. y Hilton, M. (eds.), *The Politics of Consumption: Material Culture and Citizenship in Europe and America*. Oxford, 2001; Davis, R.; Wheatcroft, S., *The Years of Hunger*. Basingstoke, Palgrave, 2004; Smith, D. F.; Phillips, J. (ed.), *Food Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century*. London, New York, 2000; Trentman, F. y Just, F. (eds.), *Food and Conflict in Europe in the Age of the Two World Wars*. New York, Palgrave, 2006.

sido los estudios sobre nutrición y nivel de vida<sup>6</sup> sobre indicadores antropométricos (Simon-Pérez y Escudero, 2003) y otros asuntos que han dado lugar a índices de bienestar o calidad nutritiva<sup>7</sup>, o los análisis de la influencia de factores socioculturales, tales como la imagen del cuerpo o el impacto de la publicidad (Velasco y Rodergas, 2007).

Las investigaciones derivadas de estas dos orientaciones han llevado a una mayor comprensión de los efectos de la industrialización, del crecimiento urbano o de la influencia del acceso de la mujer al mercado de trabajo sobre los cambios en los hábitos dietéticos de la población europea, rural y urbana. Al mismo tiempo, la importancia del contexto local se ha mostrado como una de las características más significativas. Además de los estudios antropométricos que demuestran la relación entre la altura, el peso y las condiciones ambientales que influyen sobre la nutrición (Beneito y Puche, 2008), las amplias diferencias somatométricas que se han observado entre el medio urbano y el medio rural se ha tenido que relacionar con el mayor acceso a la comida en los centros urbanos. Esas dificultades también se daban en algunas regiones europeas en el consumo de proteínas animales, particularmente de la leche y de los productos lácteos (Nicolau y Pujol, 2005).

Los conflictos relacionados con la nutrición y la alimentación en tiempo de crisis estaban influidos por las tradiciones, los valores culturales, las normas sociales, las políticas estatales y el comercio. La I Guerra Mundial fue un punto de inflexión al otorgar al problema una

6 Cussó Segura, X. «Estado nutritivo de la población española, 1900-1970: análisis de las necesidades y disponibilidades de nutrientes». En *Revista de Agricultura e Historia Rural*, 36, 2005, págs. 329-358; Cussó Segura, X.; Garrobou, R., «La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres». En *Investigaciones de Historia Económica*; vol. 7 (2007), págs. 69-100; Langreo, A.; Pujol Andreu, J., «Evolución económica agroalimentaria», en *Como vivíamos: alimentos y alimentación en la España del siglo xx*. Madrid, Lunweg, 2007, págs. 41-66; Nicolau Nos, R.; Pujol Andreu, J., «Los factores condicionantes de la transición nutricional en la Europa Occidental: Barcelona, 1890-1936». En *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 12, 2008, págs. 256-265.

7 Martínez Carrión, J. M. «Biología, historia y medio ambiente: la estatura como espejo del nivel de vida de la sociedad española». En *Ayer*, 46, 2002, págs. 93-122; Martínez Carrión, J. M., «El nivel de vida en la España rural. Siglos xviii-xx. Nuevos enfoques, nuevos resultados». En Martínez Carrión, J. M y Pérez Castejón, J. J. (eds.), *El nivel de vida en la España rural, siglos xviii-xx*, Alicante, Universidad de Alicante, págs. 15-72.

dimensión política (Slater, 1997; Trentman, 2006), de modo que en el periodo de entreguerras tuvo lugar una estrecha relación entre las reformas sociales y el sistema global de alimentación con miras a la mejora en la producción y disponibilidad de alimentos y a la transformación de los hábitos (Trentman, 2006)

En ese contexto histórico, la nutrición se convirtió en una preocupación importante para la mayoría de los gobiernos europeos, la sociedad civil, los sindicatos de trabajadores y todo tipo de organizaciones sociales y filantrópicas. Eran diversos los factores fundamentales en ese proceso: aspectos económicos, tales como la producción de alimentos, su industrialización y el control de calidad (Guillem, 2006, 2007, 2008a, 2008b, 2008c y 2008d). Factores culturales y hábitos locales influían en la dieta, especialmente en los distritos rurales (Barona, 2006a; Kamminga y Cunningham, 1997), pero también la investigación científica experimental o fisiología de la nutrición (Barona, 2009).

La nutrición se convertía así en un factor esencial para la estabilidad social como fundamento de la ciudadanía, lo que suponía un cambio en las relaciones entre el Estado, la sociedad y los ciudadanos. El derecho a la disponibilidad de alimentos se convirtió en un derecho humano básico que atender, dotado con una dimensión moral, que obligaba a conjugar las nuevas ideas científicas, los hábitos tradicionales de producción y consumo y el derecho a la alimentación. La dieta y la disponibilidad de alimentos se convirtieron en un problema central para la economía, la investigación científica, la política y la salud en la agenda internacional, tanto en los organismos como en las conferencias internacionales. Las dimensiones científicas, políticas y económicas de la nutrición permitieron que los políticos y los expertos soñaran con una solución racional al problema de la alimentación humana mediante una racionalización de la producción y el comercio de alimentos, y el diseño de dietas estándar mínimas y óptimas para los diversos grupos sociales, según los ingresos, las profesiones o las edades.

Debido a la intervención de comisiones mixtas de expertos de la Sociedad de Naciones, de la Organización Internacional del Trabajo y del Instituto Internacional de Agricultura, se configuró un contexto internacional que influía en las decisiones de gobiernos, científicos, economistas y productores de alimentos. Las agencias internacionales

promovieron encuestas e informes técnicos sobre los hábitos dietéticos y el estado de alimentación de la población en países y regiones, las conferencias internacionales de expertos debatieron estándares de nutrientes y conceptos como la *dieta óptima*, compararon la dieta rural y urbana y analizaron los hábitos de la población europea (Barona, 2008). Los economistas y los historiadores que han analizado el asunto desde el punto de vista de la política y la economía internacional de la economía se han centrado principalmente en los intereses económicos y de poder o en las estrategias del Estado (Trentmann y Just, 2006), pero rara vez han considerado el papel de las organizaciones internacionales en el impulso de la ciencia experimental y la salud pública, un aspecto fundamental del problema que ahora analizamos (Weindling, 1995).

Los conflictos internacionales, la guerra y la posguerra fueron un período decisivo en la génesis de una esfera de negociación y regulación internacional basada en la intervención del Estado. La historiografía ha puesto de manifiesto actitudes muy dispares entre los países con respecto al *global food system*. Gran Bretaña tenía una tradición predominantemente librecambista, muy diferente de Alemania, Francia y Rusia, más proteccionistas, y muy alejada de comunidades agrícolas más simples y autosuficientes en los países mediterráneos. Mientras que otros países estaban más orientados al comercio y la exportación, como Suecia, Dinamarca, Bélgica, los Países Bajos y Suiza (Trentmann y Just, 2006).

La función de los expertos no solo aportaba conocimiento, sino que también inspiraba las políticas sanitarias, pretendía ordenar la producción agrícola, la educación y los programas de la propaganda para *civilizar* y *disciplinar* cambiando los hábitos de las poblaciones. Alrededor de la nutrición y de la salud se configuró un programa amplio de intervención que tenía como objetivo la disciplina, la civilización y el cambio de modelo de producción y consumo y de los hábitos populares. La aparición de la nutrición y del hambre como elemento central de los derechos de ciudadanía y como problema contribuyó al reconocimiento de su dimensión social. El hambre y el derecho a la alimentación se convirtieron en la piedra angular de la acción política y de la estabilidad social, y en uno de los ejes de la modernización.

La aparición de la nutrición como encrucijada entre lo científico, la salud, la política, el mercado y el consumo, poseía también dimensiones culturales y sociohistóricas relacionadas con la aparición del Estado como agente regulador social. Detrás se encontraba la crisis internacional y el cambio en el significado del hambre y de la pobreza como realidades sociales inaceptables, en un período marcado por la aparición de nuevas responsabilidades de gobierno (Andresen *et alii*, 2006 y 2007). Ya durante la segunda mitad del siglo XIX, iniciativas sociales como los comedores escolares o los comedores para pobres, madres o trabajadoras o desempleados, las campañas de propaganda sobre los hábitos dietéticos, o el auge de la investigación experimental sobre la fisiología de la nutrición, denotan la importancia social del problema o la transformación cultural del hambre como realidad intolerable, incompatible con el progreso y la modernidad (Vernon, 2005; Hendrick, 2003).

La nueva dimensión moral del hambre impulsó acciones prácticas como las investigaciones para determinar el valor y la composición de la dieta estándar y la dieta óptima, las campañas para redefinir los hábitos alimentarios, planear la producción agrícola y para determinar las dietas de racionamiento en los conflictos bélicos, los comedores escolares y los hábitos de la ciudadanía. La dietética y la cultura en torno a la alimentación representaban uno de los principales instrumentos de *civilización*. El hambre y la alimentación ya no eran consideradas cuestiones puramente privadas, porque la dieta se convirtió en piedra angular de la investigación experimental, en un campo de conocimiento científico y en una práctica asociada a la salud y a la enfermedad. Para las nuevas organizaciones nacionales e internacionales, el problema de la nutrición repercutía obviamente sobre la salud pública y sobre la salud individual, pero también sobre las condiciones de trabajo, la producción agrícola, la investigación clínica, la estabilidad social y la investigación científica<sup>8</sup>.

Durante los últimos años veinte y la década de los años treinta, la nueva cultura de la nutrición, y especialmente su dimensión higiénico-sanitaria (la determinación de la dieta óptima, las escalas o estándares dietéticos, los límites y análisis clínico de los déficits nutricionales y de la malnutrición), emergieron completamente en la esfera inter-

8 *The Problem of Nutrition*, 1936.

nacional (Burnet y Aykroyd, 1935). La fisiología de la nutrición pronto se convirtió en un referente mucho más allá del conocimiento experimental, ya que expertos y autoridades coincidían en llevar los hábitos alimentarios a los modelos científicos como una manera de mejorar el desarrollo humano desde una perspectiva eugenésica (mejora del organismo y de la raza) y superar así los efectos negativos de las tradiciones y las supersticiones (Carrasco, 1923; Burnet y Aykroyd, 1935).

Según la opinión de los científicos, los expertos en salud pública y los políticos, la nueva ciencia de la nutrición debería tener un efecto civilizador sobre la población, principalmente sobre los trabajadores y los campesinos, las madres y los niños. El conocimiento en la nutrición estaba legitimado por la ciencia experimental, y trascendía el laboratorio para llegar a la industria, el mercado, la escuela, el hospital, la fábrica y el hogar; tenía que orientar la producción de alimentos, mejorar y racionalizar la economía. Era, en definitiva, una herramienta técnica para las futuras generaciones. Como instrumento al servicio del Estado, la nutrición era una herramienta de poder y algunos políticos europeos la utilizaron. El hecho alimentario debía traducirse a patrones cuantificables (el ejemplo más claro es el concepto de *caloría* o *principio inmediato*), de modo que las iniciativas políticas y científicas pudieran hacer frente a la crisis internacional.

Según J. George Harrar, presidente de la Fundación Rockefeller en los años del período de entreguerras, la conceptualización de la *caloría* y del *cociente calórico* como una unidad de medida del metabolismo humano había llevado directamente a la «alianza informal» mediante un lenguaje común entre científicos, campesinos, agencias estatales, educadores y productores industriales, para luchar contra la malnutrición en todo el mundo (Cullather, 2007). La dimensión sanitaria del problema de la nutrición y la alimentación humanas concentró esfuerzos nacionales e internacionales durante el período de entreguerras, principalmente a partir de las actividades del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, que en muchos casos trabajaba en coordinación con las escuelas nacionales de higiene que se habían creado en muchos países europeos durante los años treinta con la

ayuda económica y la dirección científica de la Fundación Rockefeller y la colaboración del Instituto Internacional de Agricultura<sup>9</sup>.

Es cierto que el hambre y la pobreza habían mostrado su impacto sobre la salud social y pública en la mayoría de los países europeos ya durante la segunda mitad del siglo XIX (Balwin, 1990; Maurer y Sobal, 1995; Sen, 1981; Vernon, 2005). Desde entonces, los diferentes Estados participaron en la regulación de las relaciones sociales que afectaban a la legislación laboral, a la protección a las madres y a los niños, o a los grupos de población en riesgo o excluidos, promoviendo campañas sanitarias y de promoción de la salud, como también reformas escolares que incorporaban una perspectiva higienista. La inspección médica de las escuelas y las cantinas escolares se convirtieron en un componente de las nuevas políticas del Estado en las reformas sociales para la mejora humana, que veía en la alimentación y la educación dos elementos clave.

La primera institución municipal para la inspección médica de las escuelas se creó en Bruselas en 1878 (Barona, 2007b) En 1883 se instaló en París un servicio de la Facultad de Medicina independiente de otros que se crearon en diferentes provincias francesas. Finalmente, en 1903 una ley estatal creó la Liga Francesa para la Higiene en la Escuela. A partir de ese momento ese fenómeno se extendió a la mayoría de países europeos. Las políticas orientadas a promover la salud en la escuela incluían siempre, en todos los países, las cantinas y los comedores escolares, que proliferaron por toda Europa a partir de la década de 1860. Alimentación y educación caminaban de la mano en una etapa en que se estaba extendiendo la idea de la educación obligatoria y en un contexto en el que la relación entre el hambre y la salud se hacía claramente visible (Hendrick, 2003).

La importancia de la nutrición y la alimentación de grupos de riesgo como los niños, las madres embarazadas, los enfermos, los soldados o los ancianos, alcanzó una importancia crucial para las políticas sanitarias y de salud pública. La buena nutrición empezó a ser considerada como un factor esencial para disfrutar de un estado de salud óptimo, el que se consideraba necesario para luchar contra el principal problema sanitario de la época: las enfermedades infeccio-

<sup>9</sup> Para el caso español, véase Andresen, A.; Barona, J. L.; Cherry, S. (eds.), *Making a New Countryside*, 2010.

sas. La alimentación, a través de una dieta óptima, era considerada la base de un buen desarrollo corporal y orgánico, fundamento de la inmunidad y la salud, fuente de la energía orgánica. En períodos de hambre y de crisis de subsistencias, el descenso del consumo castigaba la economía, pero también la salud. La energía orgánica era considerada esencial para hacer frente a enfermedades infecciosas tales como tuberculosis; por eso, la alimentación del tuberculoso fue objeto de debate científico. El concepto de la condición *pre-tubercular* en niños como predisposición a la enfermedad se relacionó con la alimentación defectuosa, el trabajo excesivo, la falta de higiene y las condiciones de vida propias de la pobreza y la exclusión.

Todos estos factores que actuaron en el contexto histórico previo al periodo de entreguerras nos permiten considerar que, ya antes de la aparición de la nutrición como campo experimental de la investigación científica, especialmente en los años treinta, el hambre y la alimentación se convirtieron en una cuestión importante para la acción social, asociada principalmente a las estrategias preventivas de la salud pública y también a la acción médica, que veía en la dieta algo esencial para la salud óptima y para minimizar el riesgo de sufrir enfermedades infecciosas. La preocupación por la dieta forma parte de una larga tradición médica, que alcanzó dimensión política antes de la aparición de una nueva ciencia de la nutrición basada en el descubrimiento de las vitaminas, los elementos orgánicos y las enfermedades deficitarias específicas (Ryymän, 2007).

Pronto, el concepto de resistencia orgánica a la infección se relacionó directamente con el estado alimenticio de los ciudadanos y con la dieta óptima (Barona, 2008). Las deficiencias nutritivas y la malnutrición se reconocieron como el factor principal que deterioraba la resistencia orgánica, etapa previa a la infección. Desde esa perspectiva, las vacunas y las medicinas eran importantes para tratar las infecciones, pero también el régimen de vida y la dieta, fundamento de un buen tratamiento frente a cualquier infección. A finales de los años veinte, la pobreza, el problema de la salud infantil, el desempleo y el hambre impulsaron una nueva etapa caracterizada por el impulso internacional a la ciencia de la nutrición y por el paso a primer plano de la alimentación como factor político internacional.

*Bibliografía*

- ANDRESEN, A.; GRONLIE, T.; RYYMIN, T. (eds.) (2006). *Science, Culture and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- ANDRESEN, A.; GRONLIE, T. (eds.) (2007). *Transferring Medico-Political Knowledge in 19th and 20th Century Europe*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- ANDRESEN, A. *et alii* (eds) (2008), *Citizens, Courtrooms, Crossings*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- ANDRESEN, A.; BARONA, J. L. y CHERRY, S. (eds.) (2010). *Making a New Countryside. Health Policies and Practices in European History ca. 1860-1950*. Frankfurt, Peter Lang.
- BALDWIN P. (1990). *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BARNES, D. S. (2006). *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle against Filth and Germs*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- BARONA, J. L. (2007) «Nutrition, knowledge and action. International trends and social policies in Spain, 1931-1944.» En ANDRESEN, A.; GRONLIE, T. (eds.), *Transferring Medico-Political Knowledge in 19th and 20th Century Europe*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2007.
- BARONA, J. L. (2006). «Rural Life and the Problem of Nutrition. Technical Approaches by the Nutrition Committee of the League of Nations». En: ANDRESEN, A.; GRONLIE, T.; RYYMIN, T. (eds.), *Science, Culture and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2006, págs. 201-214.
- BARONA, J. L. (2008). «International Organisations and the Development of a Physiology of Nutrition during the 1930s». En *Food and History*, 6, 2008, págs. 133-166.
- BARONA, J. L.; BERNABEU-MESTRE, J. (2008). *La salud y el estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española*. Valencia, PUV.

- BARONA, J. L. (2009). *The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe 1914-1945*. Bruxelles, Peter Lang
- BARONA, J. L. (2010). «Nutrition and Health. The International Context during the Interwar Crisis». *Social History of Medicine*, 21, 2008, págs. 87-105.
- BENEITO, A.; PUCHE GIL, J. (2008). «Creixement econòmic i desenvolupament fabril en Alcoi, 1840-1915: Misèria fisiològica sota l'esplendor industrial?». En *La societat industrial al País Valencià*. Alcoi, 2008.
- BOROWY, I.; GRÜNER, W. D. (eds.) (2005). *Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years 1918-1939*. Frankfurt, Peter Lang.
- BURNET, E., AYKROYD W. R. (1935). «Nutrition and Public Health», *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, IV, 2, 323-474.
- CAPLAN P. (ed.) (1997). *Food, Health and Identity*. London, Routledge.
- CARRASCO CADENAS, E. (1935). *Ni gordos ni flacos. Lo que se debe comer*. Madrid: Diana.
- CULLATHER N. (2007). «The Foreign Policy of the Calorie», *The American Historical Review*, 112, 337-64. [<http://www.historycooperative.org/journals/ahr/112.2/cullather.html>]
- CUSSÓ-SEGURA, X. (2005). «Estado nutritivo de la población española, 1900-1970: análisis de las necesidades y disponibilidades de nutrientes». En *Revista de Agricultura e Historia Rural*, 36, 2005, págs. 329-358;.
- CUSSÓ SEGURA, X.; GARROBOU, R. (2007). «La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres». En *Investigaciones de Historia Económica*; vol. 7, págs. 69-100.
- DAUNTON, M. y HILTON, M. (eds.) (2001). *The Politics of Consumption: Material Culture and Citizenship in Europe and America*. Oxford.
- DAVIS, R.; WHEATCROFT, S. (2004). *The Years of Hunger*. Basingstoke, Palgrave.
- DEL CURA, M. I.; HUERTAS, R. (2007). *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre*. España, 1937-1947. Madrid, CSIC.

- ELIAS, N. (1939). *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes and Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Zivilisation*. Basel: Verlag Haus zum Falken.
- GUILLEM LOBAT, X. (2006). «Industrialització i alimentació en la societat valenciana. El control de qualitat dels aliments (1850-1939)» En HERRAN, N. *et alii* (eds.) *Synergia: Primer Encuentro de Jóvenes Investigadores en Historia de la Ciencia*. Madrid: CSIC.
- HENDRICK H. (2003). *Child Welfare. Historical Dimension, Contemporary Debate*, Cambridge: Polity Press.
- HOBBSAWN, E. (1995). *The Age of Extremes. The short 20th century*. London, Abacus.
- KAMMINGA, H. y CUNNINGHAM, A. (1997). *The Science and Culture of Nutrition. (1840-1940)*. Amsterdam, Rodopi.
- LABISCH, A. (1992). *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt, Campus.
- LANGREO, A.; PUJOL ANDREU, J. (2007). «Evolución económica agroalimentaria», en *Como vivíamos: alimentos y alimentación en la España del siglo XX*. Madrid, Lunwerg, págs. 41-66.
- MARTÍNEZ-CARRIÓN, J. M. (2002). «Biología, historia y medio ambiente: la estatura como espejo del nivel de vida de la sociedad española». En *Ayer*, 46, págs. 93-122.
- MARTÍNEZ CARRIÓN, J. M., (2002) «El nivel de vida en la España rural. Siglos XVIII-XX. Nuevos enfoques, nuevos resultados». En MARTÍNEZ CARRIÓN, J. M y PÉREZ CASTEJÓN, J. J. (eds.), *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII-XX*, Alicante, Universidad de Alicante, págs. 15-72.
- MAURER, D., SOBAL, J. (eds) (1995). *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems*, New York.
- NICOLAU-NOS, R.; PUJOL-ANDREU, J. (2005). «Variaciones regionales de los precios de consumo y de las dietas en España, en los inicios de la transición demográfica». En *Documents de Treball (UAB. Unitat d'Història Econòmica)*, n° 29, 2005.
- NICOLAU NOS, R.; PUJOL ANDREU, J. (2008). «Los factores condicionantes de la transición nutricional en la Europa Occidental: Barcelona,

- 1890-1936». En *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 12, págs. 256-265.
- RYYMIN T. (2007). "Tuberculosis-threatened Children"—The Rise and Fall of a Medical Concept, c. 1900-60', *The Bergen Workshop 2007: Transferring Medico-Political Knowledge in Nineteenth and Twentieth-Century Europe*, Bergen: Rokkan Centre for Social Studies.
- SEN, A.K. (1982) *Poverty and Famines. An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford: Oxford University Press.
- SLATER, Don (1997). *Consumer Culture and Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- SIMÓN-PÉREZ, H.J., ESCUDERO, A. (2003). «El bienestar en España: una perspectiva de largo plazo, 1850-1991. En *Revista de Historia Económica*, 2, 2003, págs. 525-566.
- SMITH, D. F.; PHILLIPS, J. (eds.) (2000). *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century. International and Comparative Perspectives*. London, Routledge.
- SMITH, D. F.; PHILLIPS, J. (ed.) (2000). *Food Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century*. London, New York.
- TRENTMANN, F. y JUST, F. (eds.) (2006). *Food and Conflict in Europe in the Age of the Two World Wars*. New York, Palgrave.
- VELASCO, C.; RODER GAS, R. (2007). «Los productos alimenticios y la publicidad». En *Como vivíamos: alimentos y alimentación en la España del siglo xx*. Madrid, Lunwerg, 2007, págs. 119-138.
- VERNON, J. (2005). «The Ethics of Hunger and the Assembly of Society: The Techno-Politics of the School Meal in Modern Britain». En *American Historical Review*, 110, págs. 693 - 725.
- WEINDLING, P. (ed.) (1995). *International Health Organisations and Movements, 1918- 1939*. Cambridge, Cambridge University Press.

El orden del día de las agendas de los estudiosos de la alimentación está repleto de fenómenos que, formando parte de procesos históricos más amplios, deben ser tratados desde el conocimiento de las diferencias culturales, de las diversas formas de desigualdad social y de las implicaciones sociales, económicas y políticas que la comida tiene para la salud humana, el entorno y las sociedades. La producción, distribución y consumo de alimentos implica numerosos ámbitos y agentes en cualquier lugar y nos llevan desde las actividades agrícolas hasta el procesamiento de los alimentos, desde el restaurante o el comedor escolar al hogar, desde el individuo al grupo social; intervienen, a su vez, en el proceso de salud/enfermedad/atención. A pesar de la abundancia aparente, el sistema de producción alimentaria actual no asegura las necesidades básicas entre las personas, ni el reparto equitativo de los alimentos, ni la capacidad regenerativa de los recursos utilizados ni tampoco la preservación de la diversidad biocultural. Tampoco favorece la confianza en los alimentos producidos, ni el deseo tan humano como legítimo de querer preservar y mejorar la calidad de vida.